CONGRÈS INTERNATIONAL

DE MÉDECINE MENTALE,

TENU À PARIS DU 5 AU 10 AOÛT 1878.

MINISTÈRE DE L'AGRICULTURE ET DU COMMERCE.

EXPOSITION UNIVERSELLE INTERNATIONALE DE 1878, A PARIS.

CONGRÈS ET CONFÉRENCES DU PALAIS DU TROCADÉRO.

COMPTES RENDUS STÉNOGRAPHIQUES

PUBLIÉS SOUS LES AUSPICES

DU COMITÉ CENTRAL DES CONGRÈS ET CONFÉRENCES

ET LA DIRECTION DE M. CH. THIRION, SECRÉTAIRE DU COMITÉ,

AVEC LE CONCOURS DES BUREAUX DES CONGRÈS ET DES AUTEURS DE CONFÉRENCES.

CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE MENTALE,

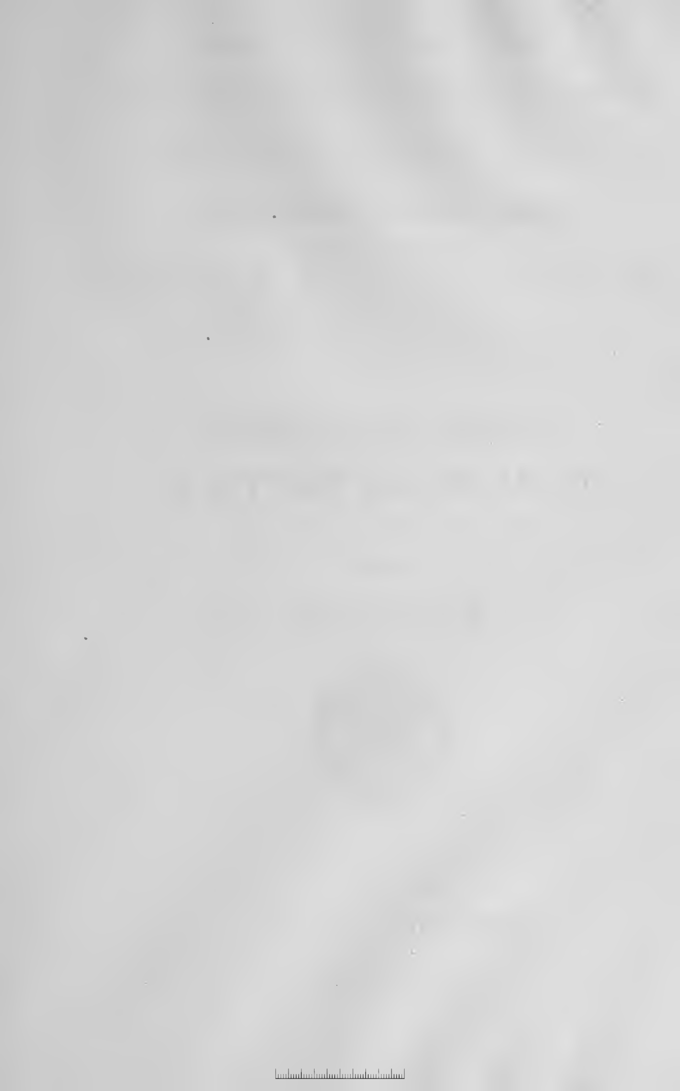
TENU À PARIS DU 5 AU 10 AOÛT 1878.

N° 11 de la Série.

PARIS.

IMPRIMERIE NATIONALE.

M DCCC LXXX.



CONGRÈS INTERNATIONAL
DE
MÉDECINE MENTALE,

TENU À PARIS, DU 5 AU 10 AOÛT 1878.

ARRÊTÉ

DU MINISTRE DE L'AGRICULTURE ET DU COMMERCE
AUTORISANT LE CONGRÈS.

Le Ministre de l'agriculture et du commerce,

Vu notre arrêté en date du 10 mars 1878, instituant huit groupes de Conférences et de Congrès pendant la durée de l'Exposition universelle internationale de 1878;

Vu le Règlement général des Conférences et Congrès;

Vu l'avis du Comité central des Conférences et Congrès,

Arrête :

Article premier. Un Congrès international de Médecine mentale est autorisé à se tenir dans une des salles du palais des Tuileries, du 5 au 10 août 1878.

Art. 2. M. le Sénateur, Commissaire général, est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Paris, le 6 juillet 1878.

Le Ministre de l'Agriculture et du Commerce,

TEISSERENC DE BORT.

COMITÉ D'ORGANISATION.

MM. Baillarger, président de la Société médico-psychologique, *président.*
Blanche, membre de l'Académie de médecine.
Dumesnil, inspecteur général du service des aliénés.
Falret, médecin de Bicêtre.
Lasègue, professeur de clinique médicale à la Faculté de Paris.
Legrand du Saulle, médecin de Bicêtre.
Lunier, inspecteur général du service des aliénés.
Motet, secrétaire général de la Société médico-psychologique, *secrétaire.*
Ritti, secrétaire-rédacteur de la Société médico-psychologique, *secrétaire.*

PROGRAMME.

Le Comité a arrêté le programme suivant :

a. Administration des asiles, législation et statistique.

Question. — Des mesures à prendre à l'égard des aliénés dits «criminels».

b. Pathologie mentale et nerveuse.

Question. — Des variétés cliniques de la paralysie générale.

c. Médecine légale.

Question. — Des délires instantanés, transitoires (délires par accès), au point de vue de la médecine légale des aliénés.

RÈGLEMENT GÉNÉRAL DU CONGRÈS.

ARTICLE PREMIER.

Un Congrès international de Médecine mentale sera ouvert à Paris, le 5 août 1878, sous les auspices de la Société médico-psychologique.

ART. 2.

Le Congrès, exclusivement scientifique, aura une durée de huit jours.

ART. 3.

Le Congrès se composera de membres fondateurs et de membres adhérents, nationaux et étrangers.

Sont membres fondateurs les membres titulaires et honoraires de la Société médico-psychologique, dont la souscription est fixée à 25 francs.

Sont membres adhérents les médecins, les directeurs des asiles de la France et de l'étranger, toute personne s'intéressant aux questions relatives à l'aliénation mentale, qui ont envoyé ou enverront leur adhésion à M. le Secrétaire général de la Société médico-psychologique (M. le Dr Motet, 161, rue de Charonne, à Paris).

Leur souscription est fixée à 10 francs.

ART. 4.

Les membres du Congrès, fondateurs ou adhérents, auront seuls le droit de prendre part aux discussions.

ART. 5.

Les travaux du Congrès se composeront :

a. De communications sur les questions proposées par le Comité;

b. De communications sur des sujets étrangers au programme, mais relatifs à la pathologie mentale.

Ces communications seront faites :

1° Pour les questions du programme, dans les séances générales, qui auront lieu le 5, le 7 et le 9 août;

2° Pour les questions étrangères au programme, dans les séances intermédiaires, qui auront lieu le 6, le 8 et le 10 août.

ART. 6.

Les membres du Congrès qui désireront faire une communication sur une question du programme ou sur un autre sujet sont priés d'adresser leur travail, soit en entier, soit en résumé, à M. le Secrétaire général, au plus tard le 1er juillet. Le Comité décidera de l'opportunité des communications et de l'ordre dans lequel elles seront faites.

Vingt minutes, au maximum, seront accordées pour chaque communication.

ART. 7.

Les séances auront lieu tous les jours, de 4 à 6 heures; chaque question du programme n'occupera qu'une séance générale; les communications sur des sujets étrangers au programme seront faites dans les séances intermédiaires et dans l'ordre arrêté par le Comité.

ART. 8.

A la première séance, le Congrès nommera son bureau, qui se composera d'un président, de vice-présidents, d'un secrétaire général et des secrétaires des séances.

ART. 9.

Le Congrès terminé, le Comité d'organisation reprendra ses fonctions pour procéder à la publication des actes du Congrès.

ART. 10.

Tous les mémoires lus au Congrès seront déposés, après chaque séance, entre les mains du Secrétaire général. Ils sont la propriété du Congrès.

ART. 11.

Des excursions scientifiques seront faites, pendant la durée du Congrès, dans les asiles d'aliénés du département de la Seine et aux asiles d'aliénés du département de la Seine-Inférieure.

MEMBRES ADHÉRENTS FRANÇAIS.

MM. Auzouy, médecin en chef, directeur de l'asile d'aliénés de Pau.

Baillarger, président de la Société médico-psychologique et de l'Académie de médecine.

Ball (B.), professeur de clinique des maladies mentales à la Faculté de médecine de Paris.

Barbé-Guillard, médecin en chef de l'asile de Lehon (Côtes-du-Nord).

Barthélemy, directeur de l'asile du Mans (Sarthe.)

Baume, directeur, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Quimper (Finistère).

Bécoulet, médecin, directeur de l'asile de Dôle (Jura).

Belhomme, docteur en médecine.

Belloc, médecin, directeur honoraire de l'asile d'Alençon (Orne).

Bigot, médecin, directeur de l'asile de Châlons (Marne).

Billod, médecin en chef, directeur de l'asile d'aliénés de Vaucluse (Seine-et-Oise).

Blanche, directeur d'un établissement privé pour les aliénés.

Bonhomme, médecin de l'asile d'aliénés du Puy (Haute-Loire).

Bonnet, médecin, directeur de l'asile de la Roche-Gaudon (Mayenne).

Bosse, directeur de l'asile d'aliénés de Bailleul (Nord).

Bouchereau, médecin du bureau d'admission de l'asile Sainte-Anne.

Bourdin, docteur en médecine.

Bouteille, médecin, directeur de l'asile d'Armentières (Nord).

Broc, médecin, directeur de l'asile d'Évreux (Eure).

Brunet, médecin, directeur de l'asile de Breuty (Charente).

Calmeil, médecin honoraire de la maison nationale de Charenton.

MM. Campagne, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Montdevergues, à Avignon (Vaucluse).
Capmas, médecin de la maison nationale de Charenton.
Carrier, professeur agrégé à la Faculté de Lyon (Rhône).
Chââles des Étangs, docteur en médecine.
Christian, médecin en chef de l'asile de Maréville (Meurthe-et-Moselle).
Collineau, docteur en médecine.
Combes, médecin, directeur de l'asile de Saint-Gemmes (Maine-et-Loire).
Constans, inspecteur général des asiles d'aliénés et des établissements pénitentiaires.
Cortyl, médecin, directeur de l'asile de Saint-Dizier (Haute-Marne).
Cottard, médecin d'un établissement privé.
Cottard, directeur de l'asile de Montdevergues, à Avignon (Vaucluse).
Cullerre, médecin adjoint de l'asile d'Auxerre (Yonne).
Dagonet, médecin, chef de service à l'asile Sainte-Anne.
Dagron, médecin en chef, directeur honoraire de l'asile de Ville-Évrard (Seine-et-Oise).
Dally, docteur en médecine.
Dauby, médecin, directeur de l'asile d'Aix (Bouches-du-Rhône).
Delasiauve, médecin, chef de service à la Salpêtrière.
Donnet, médecin en chef de l'asile de Naugeat (Haute-Vienne).
Doutrebente, médecin adjoint de l'asile de Ville-Évrard (Seine-et-Oise).
Dufour, médecin en chef de l'asile de Saint-Robert (Isère).
Dumesnil, inspecteur général des asiles d'aliénés et des établissements pénitentiaires.
Espiau de Lamaëstre, médecin en chef, directeur de l'asile d'aliénés de Ville-Évrard (Seine-et-Oise).
Fabre, médecin en chef de l'asile de Bailleul (Nord).
Falret (J.), médecin, chef de service à Bicêtre, directeur d'un établissement privé pour les aliénés.
Florimond, médecin en chef de l'asile de Saint-Venant (Pas-de-Calais).
Fortineau, directeur d'un établissement privé pour les aliénés, à Nantes (Loire-Inférieure).
Fournet, docteur en médecine.
Fournié (E.), médecin de l'institut des Sourds-Muets.
Foville (A.), médecin en chef, directeur de l'asile de Quatre-Mares (Seine-Inférieure).
Fusier, médecin, directeur de l'asile de Bassens (Savoie).
Gallopain, médecin adjoint de l'asile d'Évreux (Eure).
Girard de Cailleux, inspecteur des établissements d'aliénés en Suisse.
Giraud, directeur de l'asile de Saint-Venant (Pas-de-Calais).
Giraud, directeur de l'asile de Maréville (Meurthe-et-Moselle).
Goujon, directeur d'un établissement privé pour les aliénés.
Grosvallet, médecin en chef de l'asile de Saint-Brieuc (Côtes-du-Nord).
Guerineau, médecin, directeur de l'asile de Blois (Loir-et-Cher).

MM. Guignard, directeur de l'asile de Marseille (Bouches-du-Rhône).

Homery, médecin, directeur de l'asile de Saint-Alban (Lozère).

Hospital, médecin, directeur de l'asile de Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme).

Hurel, médecin en chef de l'infirmerie spéciale de la maison de Gaillon (Eure).

Labitte (Gustave), médecin en chef de la maison de santé de Clermont (Oise).

Labitte (Georges), médecin adjoint de la maison de santé de Clermont (Oise).

Laffitte, médecin, directeur de l'asile de Saint-Méen, Rennes (Ille-et-Vilaine).

Lagardelle, médecin en chef de l'asile de Bron (Rhône).

Langlois, médecin adjoint de l'asile de Vaucluse (Seine-et-Oise).

Laprée, médecin adjoint de l'asile de Saint-Gemmes (Maine-et-Loire).

Lasègue, professeur de clinique médicale de la Faculté de médecine de Paris, médecin en chef de l'infirmerie spéciale du dépôt de la Préfecture de police.

Leblond, directeur de l'asile Sainte-Anne, à Paris.

Legrand du Saulle, médecin, chef de service à Bicêtre, médecin du dépôt de la Préfecture de police.

Lemenant des Chesnais, médecin, directeur de l'asile d'aliénés de Bonneval (Eure-et-Loir).

Lesouëf, président de la commission administrative des asiles d'aliénés de la Seine-Inférieure.

Linas, médecin, inspecteur des asiles de Vaucluse et de Ville-Évrard, près la préfecture de police.

Loiseau, membre du Conseil municipal et du Conseil général de la Seine.

Lucas (P.), médecin, chef de service à l'asile Sainte-Anne.

Lunier, inspecteur général des asiles d'aliénés et des établissements pénitentiaires.

Luys, médecin des hôpitaux, directeur d'un établissement privé pour les aliénés.

Magnan, médecin du bureau d'admission de l'asile Sainte-Anne.

Marchant, médecin, directeur de l'asile d'aliénés de Toulouse (Haute-Garonne).

Maret, médecin, directeur de l'asile d'Auch (Gers).

Masbrenier, médecin du service des aliénés de Seine-et-Marne.

Masson (G.), libraire, éditeur des *Annales médico-psychologiques.*

Mesnet, médecin des hôpitaux, directeur d'un établissement privé pour les aliénés.

Meuriot, directeur d'un établissement privé pour les aliénés.

Mordret, médecin en chef de l'asile du Mans (Sarthe).

Moreau père (de Tours), médecin, chef de service à la Salpêtrière.

Moreau fils (de Tours), docteur en médecine.

MM. Möring (Michel), directeur général de l'Assistance publique.
Motet, médecin de la maison d'éducation correctionnelle et d'un établissement privé pour les aliénés.
Parent, médecin d'un établissement privé, à Toulouse (Haute-Garonne).
Peisse, médecin de l'École des beaux-arts.
Petit, médecin en chef de l'hospice Saint-Jacques (Nantes).
Petrucci, médecin, directeur de l'asile de Dijon (Côte-d'Or).
Picard, médecin, directeur de la Malgrange, près Nancy (Meurthe-et-Moselle).
Pinot, directeur de l'asile de Saint-Robert (Isère).
Ritti, membre du comité de rédaction des *Annales médico-psychologiques.*
Rouby, médecin d'un établissement à Dôle (Jura).
Rousseau, médecin, directeur de l'asile d'Auxerre (Yonne).
Rousselin, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Saint-Yon (Seine-Inférieure).
Saint-Yves, médecin en chef de la maison nationale de Charenton.
Sémelaigne, directeur d'un établissement privé pour les aliénés.
Sisteray, médecin en chef de l'asile de Bordeaux (Gironde).
Solaville, médecin en chef du service des aliénés, à Poitiers (Vienne).
Taguet, médecin en chef de l'asile de Marseille (Bouches-du-Rhône).
Viret, médecin, directeur de l'asile de Prémontré (Aisne).
Vissaguet, médecin en chef de l'asile d'aliénés du Puy (Haute-Loire).
Voisin (A.), médecin, chef de service à la Salpêtrière.

MEMBRES ADHÉRENTS ÉTRANGERS.

MM. Adriani, médecin en chef du Manicôme de Pérouse (Italie).
Bateman, de Norwich, membre associé de la Société médico-psychologique.
Biffi, médecin en chef d'un établissement privé, à Milan (Italie).
Brosius, médecin en chef d'un établissement privé à Bendorf (Prusse rhénane).
Buffet, médecin de l'hospice central, à Ettelbruck (grand-duché de Luxembourg).
Châtelain, médecin en chef de l'asile de Préfargier (Suisse).
Decamps, médecin en chef de l'asile de Verviers (Belgique).
Echeverria, médecin en chef de l'asile des épileptiques et de l'asile d'aliénés de New-York (Amérique).
Erlenmeyer, médecin à Coblentz (Prusse rhénane).
Fetscherin, médecin, directeur de l'asile de Saint-Urban, à Lucerne (Suisse).
Funaïoli, médecin adjoint du Manicôme de Sienne (Italie).
Giacchi, médecin en chef du Manicôme de Fermo (Italie).

MM. Hack-Tuke, coéditeur du journal *of Mental science*, à Londres (Angleterre).
Lancia di Brolo, de Palerme (Italie).
Mierzejewsky, professeur de médecine mentale à l'académie médico-chirurgicale de Saint-Pétersbourg (Russie).
Miraglia, professeur de médecine mentale, membre de l'académie médico-chirurgicale de Naples (Italie).
Mochi, médecin en chef du Manicôme de Florence (Italie).
Oudart, inspecteur général des établissements d'aliénés de Belgique.
Palmerini, médecin, directeur du Manicôme de Sienne (Italie).
Porporati, médecin, directeur du Manicôme de Turin (Italie).
Pujadas, médecin, directeur de l'asile d'aliénés de Barcelone (Espagne).
Santos (de), délégué du gouvernement espagnol à l'Exposition universelle.
Semal, médecin, directeur de l'asile de Mons (Belgique).
Sibbald (John), médecin en chef du service des aliénés, à Édimbourg (Écosse).
Simon (V.), délégué du gouvernement espagnol à l'Exposition universelle.
Tarchini-Bonfanti, médecin, directeur de l'asile privé Rossi, à Milan (Italie).
Virgilio, médecin en chef de l'asile d'aliénés d'Aversa-Caserte (Italie).

REPRÉSENTANTS DU GOUVERNEMENT FRANÇAIS.

MM. Lepère, sous-secrétaire d'État au ministère de l'intérieur.
de Crisenoy, directeur de l'administration départementale et communale.
Follet, sous-directeur au ministère de l'intérieur.

DÉLÉGUÉS DU MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR,

MM. Constans, inspecteur général des établissements d'aliénés.
Rousselin, médecin en chef de l'asile Saint-Yon, à Rouen.

DÉLÉGUÉS DE LA PRÉFECTURE DE LA SEINE.

MM. Barbier, conseiller à la Cour de cassation, président de la Commission de surveillance des asiles d'aliénés de la Seine.
Girette, membre de la Commission de surveillance des asiles d'aliénés de la Seine.
Caron, membre de la Commission de surveillance des asiles d'aliénés de la Seine.

MM. Michel Möring, directeur général de l'Assistance publique.
Le baron de la Morinerie, chef de division à la préfecture de la Seine.
Franck, chef du bureau des aliénés, chargé de l'inspection générale du service des asiles publics d'aliénés de la Seine.
Ramollini, secrétaire adjoint de la Commission de surveillance.

COMPOSITION DU BUREAU DU CONGRÈS.

Président d'honneur :

M. Calmeil.

Président :

M. Baillarger.

Vice-Présidents :

MM. Hack-Tuke.
Giacchi.
Echeverria.
Semal.
Mierzejewski.
Le professeur Lasègue.

Secrétaire général :

M. Motet.

Secrétaires des séances :

MM. Ritti, Moreau fils (de Tours).



SÉANCE D'OUVERTURE, LE LUNDI 5 AOÛT 1878.

PALAIS DES TUILERIES (PAVILLON DE FLORE.)

PRÉSIDENCE DE M. LE Dr BAILLARGER.

Sommaire : Discours de M. Baillarger, président du Comité d'organisation. — Constitution du bureau du Congrès. — Allocution de M. Lepère, sous-secrétaire d'État. — Proposition de M. le Dr Lasègue : M. le Dr Lunier. — **Administration des asiles, législation et statistique.** — De la protection donnée par la loi du 30 juin 1838 contre les aliénés dits «criminels», par M. le Dr Billod. — Quelles mesures peuvent être prises à l'égard des aliénés dits «criminels», par M. le Dr Auzouy. — Des aliénés dits «criminels», par M. le Dr Dagonet. — Broadmoor, l'asile d'État pour les aliénés criminels d'Angleterre, par M. Hack-Tuke, de Londres : M. Constans. — Discours de M. le Dr Lunier.

La séance est ouverte à 4 heures.

M. le Dr Baillarger, *président du Comité d'organisation.* Messieurs, vous avez bien voulu répondre à l'appel que la Société médico-psychologique vous a adressé, et je m'empresse de vous en remercier en son nom. Ai-je besoin de vous dire, en effet, quel prix nous attachons à cette réunion, qui doit nous permettre non seulement d'échanger nos idées, mais aussi de nous mieux connaître et de resserrer les liens de la confraternité?

Les médecins aliénistes, par la spécialité de leurs études, constituent dans la grande famille médicale une famille à part. Je n'en veux d'autre preuve que les associations qui les réunissent et que ces journaux de psychiatrie dans lesquels s'enregistrent les progrès de chaque jour. Ces progrès, vous le savez, Messieurs, ont été nombreux depuis le commencement de ce siècle, et les études médico-psychologiques ne sont pas restées en arrière dans le grand mouvement scientifique qui s'est accompli.

Je n'ai pas la pensée d'énumérer devant vous les principaux résultats de tant de travaux; mais il en est un qui les domine tous et qui doit au moins être rappelé ici.

Je veux parler de la découverte de la paralysie générale.

Parmi les maladies nouvelles qui ont pris place dans le cadre nosolo-

gique, en est-il une, en effet, qui ait jeté sur une partie de la médecine de plus vives lumières?

Quelle perturbation cette découverte n'a-t-elle pas apporté dans l'étiologie, la symptomatologie, le pronostic et surtout dans l'anatomie pathologique des maladies mentales!

Depuis lors, quelle séparation précise entre des faits disparates jusque-là confondus!

Mais, Messieurs, si les recherches cliniques n'ont pas été stériles, que dirai-je des changements accomplis dans l'organisation de nos asiles?

Il est inutile de reproduire ici le triste tableau de ce qu'ils étaient au commencement de ce siècle, ni de les décrire tels qu'ils sont aujourd'hui.

Il ne s'agit plus, vous le savez, de simples progrès, mais bien d'une transformation absolue et complète. Je n'entends pas seulement parler de ces bâtiments spacieux, pleins d'air et de lumière, substitués aux réduits obscurs et humides; de ces divisions nombreuses qui ont permis de faire régner l'ordre là où tout n'était que désordre et confusion : je veux aussi et surtout parler des soins que reçoivent les malades, du bien-être dont ils sont entourés, et de la suppression presque complète des moyens de contention.

Ne dois-je pas, Messieurs, mentionner encore et d'une manière spéciale l'introduction dans nos asiles du travail, et surtout du travail agricole?

Jusqu'où ne va pas sa bienfaisante influence sur l'esprit et le corps, et quelle large part ne faut-il pas lui faire dans la guérison d'un grand nombre de malades!

Il y a en médecine une question qui domine toutes les autres et dont vous poursuivez sans cesse la solution :

C'est la question thérapeutique.

Les relevés statistiques des établissements d'aliénés dénotent assurément une proportion très forte dans le chiffre des guérisons, et cependant, Messieurs, je regrette de n'avoir pas à signaler ici un de ces progrès éclatants, comparable à la découverte de la paralysie générale ou à la transformation de nos asiles. Empressons-nous de le reconnaître : ce ne sont pas les efforts qui ont manqué, et je n'ai pas besoin de rappeler combien ont été nombreuses et variées les tentatives faites pour atteindre un but si désirable. Constatons au moins qu'on met chaque jour à profit toutes les conquêtes de la science moderne pour rendre plus efficace le traitement physique de la folie.

L'examen clinique dont chaque malade est l'objet fournit des indications souvent très différentes et qui sont remplies à l'aide de moyens variés. La matière médicale s'est d'ailleurs enrichie de nouveaux agents dont plusieurs, vous le savez, ont déjà rendu de véritables services dans le traitement des maladies mentales.

Nous sommes donc bien loin du temps où les aliénés conduits à l'Hôtel-Dieu de Paris subissaient tous indistinctement et pendant quarante jours un traitement uniforme.

On a dit avec raison, et l'on ne saurait trop le redire: L'isolement dans un asile bien organisé est un puissant et peut-être le plus puissant moyen de guérison. Le malade, comme le démontre l'expérience de chaque jour, ne tarde pas à éprouver les effets de ces habitudes régulières et de cette discipline, en même temps douce et ferme, à laquelle il est soumis.

Qu'on joigne à cela l'influence du travail agricole, les encouragements chaque jour renouvelés du médecin, et l'on ne s'étonnera pas de voir bien souvent et presque par ces seuls moyens les malades recouvrer la raison.

Cependant, Messieurs, il faut le reconnaître, il est des cas, et malheureusement des cas assez nombreux, qui résistent à ce traitement moral général.

Ces cas, vous les connaissez tous. Il s'agit de ces délires partiels qui deviennent si souvent incurables quand on ne peut leur opposer, dès le début, un traitement énergique.

Une discipline douce et ferme, des habitudes d'ordre et de régularité, le travail agricole même, tout cela est trop souvent impuissant pour déraciner les idées fixes. L'aliéné, comme dit Langerman, se promène dans cet ordre avec sa folie; bien plus, il s'y complaît.

C'est pour ces malades, toujours isolés au milieu de la foule et qu'il est si difficile d'arracher à eux-mêmes, qu'on a réclamé un traitement moral très actif.

La direction à suivre pour l'application de ce traitement a été bien des fois tracée, et les préceptes à cet égard ne manquent pas dans les livres de nos maîtres. C'est le cas, dit Esquirol, d'appliquer la méthode perturbatrice, de briser le spasme par le spasme en provoquant des secousses morales qui rompent la chaîne vicieuse des idées, qui fassent cesser l'habitude des mauvaises associations, qui détruisent enfin leur fixité désespérante.

On ne saurait assurément mieux préciser le but à atteindre. Mais pour l'application de ces préceptes, combien sont limités les moyens d'action dans les grands asiles de cinq ou six cents malades!

N'est-ce pas cette pensée qui a inspiré l'un de nos confrères, quand il a créé, l'année dernière, un prix de 2,000 francs pour provoquer de nouvelles recherches sur le traitement moral de la folie?

L'école psychologique a pu tomber dans d'étranges exagérations et nuire ainsi au but qu'elle voulait atteindre; mais les questions qui se rattachent au traitement moral individuel n'en conservent pas moins toute leur importance.

Je suis heureux, Messieurs, de pouvoir signaler ici comme un progrès un fait qui intéresse au plus haut degré non seulement les malades dont le sort vous est confié, mais aussi l'honneur de leurs familles. Je veux parler du rapprochement qui s'est produit sur les questions de médecine légale-psychologique entre les magistrats et les médecins.

La création, à Paris, d'une société qui les réunit a été assurément une très heureuse inspiration. Les discussions qui ont lieu dans le sein de cette société, entre des hommes animés d'un égal désir d'arriver à la vérité, ces discussions ne peuvent que contribuer beaucoup à faire disparaître les dissidences.

Pour comprendre l'importance de ce fait, peut-être faudrait-il se reporter au temps des luttes si vives provoquées par l'apparition des doctrines sur la monomanie; mais pourquoi raviver ces souvenirs déjà bien loin de nous? Bornons-nous donc, Messieurs, à nous féliciter du rapprochement que je viens de signaler et dont les conséquences pratiques ont déjà été si favorables.

Après avoir rappelé les progrès accomplis, ne convient-il pas, Messieurs, et surtout dans cette réunion, d'ajouter que ces progrès ont été le résultat d'un généreux concours entre tous les pays?

Que de noms il faudrait citer ici à côté de ceux de Chiaruggi et de Daquin, de Pinel, d'Esquirol et de Guislain, de Conolly, de Langerman et de Jacobi!

Depuis l'impulsion donnée par ces glorieux promoteurs des réformes, on a de toutes parts rivalisé de zèle pour l'amélioration du sort des aliénés. Partout en Europe et en Amérique se sont élevés et s'élèvent encore des établissements modèles.

En présence de ces asiles si beaux et si bien ordonnés, où tant de conditions heureuses ont été réunies, n'est-on pas porté à se demander si l'on n'est pas arrivé aux dernières limites de ce que la science peut réaliser?

Vous avez déjà, Messieurs, répondu à cette question.

On a beaucoup discuté, vous le savez, sur les divers modes d'assistance des aliénés, sur les avantages et les inconvénients des grands et des petits asiles, des établissements uniquement consacrés au traitement, sur les conditions spéciales à créer pour les convalescents, et cependant qui oserait répondre que toutes ces questions aient reçu des solutions définitives? Qui peut répondre surtout que les progrès de la science n'en feront pas surgir de nouvelles?

Il faut donc chercher encore et redoubler d'efforts pour compléter l'œuvre de nos devanciers.

Ce n'est pas, Messieurs, quand il s'agit de soulager une si grande infortune que le mieux peut jamais devenir l'ennemi du bien. (Applaudissements.)

M. le Président. Messieurs, nous allons procéder à la constitution d'un bureau définitif. Vous avez à nommer un président, plusieurs vice-présidents, un secrétaire général et des secrétaires des séances.

L'assemblée nomme par acclamation :

Président d'honneur :

M. Calmeil.

Président :

M. Baillarger.

Vice-présidents :

MM. Hack-Tuke, de Londres; Giacchi, de Fermo (Italie); Echeverria, de New-York; Semal, de Mons; Mierzejewski, de Saint-Pétersbourg; le professeur Lasègue, de Paris.

Secrétaire général :

M. Motet.

Secrétaires des séances :

MM. Ritti et Moreau fils (de Tours).

M. le Président. Messieurs, je remercie les membres du Congrès du témoignage de sympathie qu'ils viennent de me donner en me maintenant à la présidence. C'est là un honneur dont j'apprécie toute la valeur. J'en garderai toujours, Messieurs, un précieux souvenir.

Je crois être l'interprète des membres du Congrès en adressant nos remerciements à M. Lepère, sous-secrétaire d'État, ainsi qu'à M. Follet, qui nous ont apporté un si utile concours dans l'organisation de ce Congrès. (Marques d'assentiment général.)

M. Lepère, *sous-secrétaire d'État au ministère de l'intérieur.* Messieurs, je remercie M. le président des paroles sympathiques qu'il vient de prononcer. Je suis venu ici, non pas pour apporter des lumières, — je décline, en effet, toute compétence dans vos travaux, — mais j'y suis venu pour témoigner de l'intérêt tout spécial que le Ministre que j'ai l'honneur de représenter prend à ce Congrès. (Vive approbation.)

M. le Président. M. le professeur Lasègue a la parole pour faire une proposition à l'assemblée.

M. le professeur Lasègue. Les séances du Congrès se composent exclusivement de ce qu'on appelle des *séances plénières*, c'est-à-dire des séances dans lesquelles tous les membres sont appelés à prendre la parole, et qui excluent toute discussion. Il est dans les habitudes des Congrès qu'en même temps que ces séances, il y ait des réunions plus intimes dans lesquelles on peut

échanger ses idées et faciliter ainsi la discussion par un examen préalable des questions. Ce mode de convocation pour des réunions spéciales ne figure pas au programme; mais je crois que le Congrès pourrait très bien décider qu'à certaines heures de la journée il y aurait des sections qui se réuniraient pour discuter, sans solennité aucune, les questions sur lesquelles le Congrès serait appelé ensuite à se prononcer. Nous avons la réputation, nous Français, d'aimer les discours. Eh bien! il faut dans une certaine mesure rompre avec cette habitude, et adopter ce qui se pratique en Angleterre, où la plupart des questions se traitent ainsi sous forme de conversation plutôt que de discours.

M. le Président. Messieurs, vous venez d'entendre M. le professeur Lasègue. Sa proposition répond au désir de beaucoup de membres du Congrès. Si vous le permettez, dès ce soir nous organiserons des réunions qui précéderaient nos Conférences et dans lesquelles chacun pourra, sous forme de conversation, exposer ses idées.

On se réunirait ici, sans qu'il soit besoin de s'inscrire.

M. Lunier. Cela sera bien difficile pour les jours où il y aura des excursions. Il est impossible de revenir à temps de Ville-Évrard ou de Vaucluse. Ce ne serait possible que le mercredi et le samedi. Quant aux deux jours d'excursion à Ville-Évrard et à Vaucluse, il ne faut pas songer à des séances supplémentaires.

M. le Président. Ceux qui ne prendront pas part à ces excursions pourraient se réunir ici. La proposition de M. le professeur Lasègue est excellente; le bureau prendra les mesures nécessaires pour qu'elle puisse être mise en pratique.

M. le Président. Messieurs, la question à l'ordre du jour de cette séance est la suivante : **Des mesures à prendre à l'égard des aliénés dits « criminels ».**

M. Auzouy est inscrit le premier à l'ordre du jour, mais il cède la parole à M. Billod.

DE LA PROTECTION DONNÉE PAR LA LOI DU 30 JUIN 1838

CONTRE LES ALIÉNÉS DITS « CRIMINELS ».

M. le Dr Billod, *médecin en chef, directeur de l'asile d'aliénés de Vaucluse (Seine-et-Oise)*. Messieurs, l'étude des mesures à prendre à l'égard des aliénés dits « criminels » suppose l'examen d'une question qu'on peut appeler préjudicielle, c'est celle de savoir s'il est réellement besoin d'édicter de ce chef de nouvelles mesures, et si la législation française ne satisfait pas, sous le rapport dont il s'agit, à tout ce qu'il est permis d'exiger et possible d'obtenir dans l'intérêt de la sécurité publique.

C'est cette question que je me propose d'examiner, en la condensant dans les

termes suivants : La société est-elle suffisamment protégée, en France, contre les aliénés dits «criminels», par la loi du 30 juin 1838?

Mais, avant de répondre à la question ainsi posée, il me semble nécessaire d'établir parmi les aliénés dits «criminels», c'est-à-dire parmi les aliénés qui, reconnus aliénés au moment de l'action, ont été, par suite, l'objet d'une ordonnance de non-lieu ou d'un acquittement et dont l'internement dans un asile d'aliénés a suivi cette décision, une distinction entre ceux qui sont et restent aliénés après l'action et dont l'internement, par suite, doit se prolonger indéfiniment, et ceux qui, guérissant après cette même action et pendant l'internement, cessent par conséquent d'être aliénés, sauf des chances plus ou moins grandes de le redevenir, et dont la séquestration devrait, par suite, cesser de plein droit.

Cette distinction est d'autant plus nécessaire que, suivant qu'il s'agit des uns ou des autres, la question des mesures à prendre pour protéger la société contre les dangers qu'ils lui font courir reçoit des solutions absolument différentes, pour ne pas dire diamétralement opposées.

C'est ainsi, en effet, que la nécessité d'une réforme de la législation pour assurer une protection plus complète de la société ne s'impose, à proprement parler, que pour la deuxième catégorie, c'est-à-dire pour les aliénés criminels qui ne sont plus aliénés, et qu'elle est véritablement sans objet pour la première catégorie, c'est-à-dire pour les aliénés criminels qui sont et restent aliénés.

Pour ce qui est, par exemple, des aliénés dits «criminels» dont la folie persiste après l'action, tout le monde est d'accord, non seulement sur la nécessité de les placer et de les maintenir dans l'établissement spécial, mais encore sur la légalité de la mesure. Sous ce rapport, comme sous tant d'autres, la loi du 30 juin 1838 est une loi parfaite, et je ne vois pas quelle modification on pourrait y apporter pour la rendre plus protectrice de la société contre cette catégorie d'aliénés. Du moment où la folie existe et où elle est constatée par un certificat de médecin, l'internement dans un établissement d'aliénés n'est-il pas de droit, et tant que l'aliénation persistera, cet internement ne doit-il pas durer et continuer à protéger la société?

Sur ce point il ne peut y avoir de doute; la société est suffisamment protégée par la loi actuelle, et pour ce qui se rapporte aux aliénés criminels restant aliénés après l'action, cette loi ne comporte aucune réforme.

En est-il de même à l'égard des aliénés dits «criminels» qui guérissent après l'action et pendant l'internement dans l'asile d'aliénés? La société est-elle suffisamment protégée contre cette catégorie de personnes?

Je ne le pense pas, et il me semble même facile de prouver qu'elle ne l'est pas du tout?

Je ferai remarquer à cette occasion que la guérison d'un aliéné dit «criminel» n'est rien moins qu'hypothétique. L'aliénation mentale n'est-elle pas une maladie, et pourquoi, d'une manière générale, cette maladie ne guérirait-elle pas, aussi bien dans l'espèce d'un aliéné dangereux que dans celle d'un aliéné inoffensif?

Le danger que l'aliéné criminel guéri fait courir à la société, et contre le-

quel cette dernière est désarmée ressort de ce fait que, dès que l'aliéné séquestré dans un asile est déclaré guéri, la loi exige qu'il sorte de l'établissement spécial; il rentre alors dans la société, et il y rentre avec des chances plus ou moins grandes de redevenir aliéné et de présenter des tendances semblables à celles qui lui ont fait commettre son premier crime. Si le médecin, effrayé des conséquences que peut avoir la sortie d'un tel individu, retarde indéfiniment cette sortie, il ne le fait qu'en violant la loi. Cette loi est formelle en effet : du moment où il n'y a plus d'aliénation, il ne doit plus y avoir de séquestration dans l'asile des aliénés.

Je n'ai pas besoin de faire observer à cette occasion que, dans le cas de guérison d'un aliéné dangereux et dont la nature dangereuse de la vésanie s'est affirmée par un crime antérieur, la probabilité, voire même la certitude d'une rechute pouvant avoir les mêmes caractères que la première atteinte, ne peut constituer un obstacle légal à la sortie.

Je fais abstraction des cas dans lesquels la folie se manifeste par des paroxysmes que séparent des intermissions complètes. Une intermission n'est pas une guérison, et une folie, pour être intermittente, n'en existe pas moins.

Pour rendre cette vérité plus sensible, je prends un exemple, celui de l'assassin de la rue Cujas, qui est actuellement à Bicêtre, dans le service de notre savant confrère, M. Legrand du Saulle.

Dans le cas où cet individu viendrait à guérir, et en supposant qu'il y ait un critérium de guérison pour un genre de folie comme celui dont il est atteint, et qui est plutôt impulsif qu'intellectuel, quel est donc le médecin qui aurait le courage de rendre un tel être à la société? Aucun sans doute. Cependant la loi l'exigerait, et ce n'est qu'en la violant qu'on prolongerait l'internement du dénommé dans un asile d'aliénés.

La démonstration de ce point ressort évidemment de ce que je vais dire :

Le titre 1er de la loi du 30 juin 1838, *Des établissements d'aliénés*, indique d'abord la destination spéciale de ces établissements, et cette destination spéciale ressort encore plus implicitement de son article 1er, ainsi conçu : « *Chaque département est tenu d'avoir un établissement public spécialement destiné à recevoir et soigner les aliénés*, ou de traiter à cet effet avec un établissement public ou privé, soit de ce département, soit de tout autre département. »

Cette loi, en faisant de la constatation de la folie par un certificat de médecin la condition *sine quâ non* du placement d'un aliéné dans ces établissements, quel que soit le titre de ce placement, qu'il soit d'office ou volontaire, indique de plus assez clairement que nul ne peut y être admis et, à plus forte raison, maintenu s'il n'est aliéné. Or, un aliéné guéri n'est plus aliéné, et son maintien dans l'établissement constitue une violation flagrante de la loi. Les certificats de vingt-quatre heures et de quinzaine, les visites prescrites par l'article 4 sont l'indice évident de cette préoccupation exclusive du législateur, tendant à ce qu'il ne soit admis et maintenu dans les établissements d'aliénés que des aliénés.

Cette préoccupation éclate, si l'on peut ainsi dire, dans tous les articles de cette loi; mais, parmi ces articles, il n'en est pas où elle soit plus nettement exprimée que l'article 13, et il n'en est pas, par suite, qui fournisse un argu-

ment plus péremptoire en faveur de la thèse que nous soutenons, à savoir qu'un aliéné dangereux ne peut être maintenu dans l'établissement spécial après sa guérison, c'est-à-dire alors qu'il n'est plus aliéné, sans qu'il y ait violation de la loi. Cet article est, en effet, ainsi conçu : « Toute personne placée dans un établissement d'aliénés cessera d'y être retenue aussitôt que les médecins de l'établissement auront déclaré sur le registre énoncé en l'article précédent que la guérison est obtenue. »

Ainsi donc il est parfaitement établi que, quand on retient un aliéné criminel après sa guérison, quelles que soient les chances de rechute qu'il présente, on viole la loi.

Parmi les mesures préconisées pour assurer la protection de la société contre les aliénés dits « criminels », il en est une que je ne puis passer sous silence : c'est celle qui a pour objet la translation de l'autorité administrative à l'autorité judiciaire du pouvoir d'ordonner la sortie de ces aliénés. Dans son application aux aliénés criminels restant aliénés après l'action, cette mesure serait sans objet; je l'ai démontré plus haut. La responsabilité du préfet n'est-elle pas aussi engagée que le serait celle du magistrat à prolonger la séquestration de ces aliénés tant que leur guérison n'est pas déclarée?

Dans son application aux aliénés criminels guérissant après l'action et pendant l'internement dans l'asile d'aliénés, elle ne changerait rien à la situation, et l'autorité judiciaire, de même que l'antorité administrative, ne pourrait s'opposer à la sortie de ces individus qu'en violant la loi.

Je ne la blâmerais pas, pour ce qui me concerne, de cette violation; je la blâmerais si peu que je ne me fais moi-même aucun scrupule de la commettre, c'est-à-dire que, dans le cas ou un aliéné dangereux, séquestré dans mon service, vient à guérir, mais où j'ai la conviction que son retour dans la société doit être marqué par une rechute, je m'abstiens toujours de provoquer la sortie. J'applique surtout cette règle de conduite aux aliénés dangereux dont la folie procède de l'alcoolisme, la rechute, dans ce cas, étant inévitable. Les alcoolisés, en effet, sont presque tous dypsomanes, et c'est de ces malades que j'ai l'habitude de dire qu'ils sont curables de l'effet et incurables de la cause.

C'est évidemment à cette catégorie d'aliénés qu'appartient l'individu dont M. le professeur Lasègue vient de raconter l'histoire sous le titre de *Roman réaliste* d'un alcoolique qui a été séquestré vingt-trois fois, c'est-à-dire qu'il a été considéré *vingt-trois fois comme guéri* et que *vingt-trois fois son retour dans la société a été suivi de rechute.*

J'ai actuellement dans mon service un dypsomane qui en est à sa treizième séquestration. À peine réintégré, il redevient lucide et son état mental est irréprochable pendant toute la durée de ses séquestrations, si longue que soit cette durée, qui a été pour la dernière de dix-huit mois; il ne manifeste même aucun désir de boire et on le charge de quelques emplois de confiance qu'il remplit parfaitement.

Lorsque, cédant à ses instances, je provoque sa sortie, c'est avec la conviction qu'il rechutera, et j'avoue que, si les caractères de sa folie m'étaient moins connus et si je n'étais bien convaincu qu'ils ne font courir aucun danger à la

sûreté des personnes, je ne me serais pas prêté, ainsi que je l'ai fait, à l'épreuve si fréquente d'une mise en liberté.

Pour démontrer ce qu'il y a d'irrésistible dans l'entraînement de certains individus aux excès alcooliques, je puis citer l'histoire d'un individu que j'ai connu à l'asile de Blois et dont M. Lunier doit, lui aussi, se rappeler l'histoire.

Jusqu'à l'âge de soixante ans, cet individu, jardinier chez un des plus honorables propriétaires de l'endroit, avait été un modèle de sobriété et d'honnêteté; la confiance qu'il avait inspirée à ses maîtres était telle que ceux-ci, en partant pour l'émigration, lui avaient confié le dépôt d'une somme de 500,000 francs, qu'il enterra au pied d'un arbre et qu'il leur rendit au retour.

Cet homme, à la suite d'un chagrin causé par la mort d'une fille qu'il aimait tendrement, prit tout à coup l'habitude de boire, et le penchant né de cette habitude devint tellement irrésistible que, pour le satisfaire, il dépensa d'abord toutes ses économies, vendit ensuite son mobilier, ses outils de jardinier, des vêtements même, et qu'il vola enfin, lui si honnête et si probe jusque-là, une misérable somme. Condamné pour ce fait à quelques années de prison, il fut conduit à Fontevrault; ses antécédents ayant plaidé en sa faveur, il vit bientôt abréger sa peine et revint dans son pays, où il ne tarda pas à s'abandonner de nouveau à sa fatale tendance. Cet individu m'a avoué un jour, alors qu'il était de sang-froid, que, quand il était resté quelques jours sans s'enivrer, il lui était moins difficile de résister à sa tendance; mais que, quand sa soif était allumée par quelques verres, rien ne pouvait l'arrêter; il alla même jusqu'à me dire que si, alors qu'il était dans cet état, je lui donnais un litre d'eau-de-vie en lui disant que cette eau-de-vie est empoisonnée, il ne croirait pas pouvoir s'empêcher de la boire.

La tendance qui caractérise la dypsomanie n'est, comme on sait, qu'une exagération de ce besoin d'excitation naturel à l'homme et que les nations de l'Orient et de l'Occident cherchent à contenter par des moyens différents; les uns par le haschisch et l'opium, les autres par les spiritueux.

C'est en faisant allusion à ce besoin que Théophile Gautier, dans un feuilleton reproduit par notre cher et savant maître M. Moreau (de Tours), dans son livre si intéressant sur le haschisch, a pu dire: «Le désir de l'idéal est si fort chez l'homme qu'il tâche autant qu'il est en lui de relâcher les liens qui retiennent l'âme au corps, et que, comme l'extase n'est pas à la portée de toutes les natures, il boit de la gaieté, il fume de l'oubli et mange de la folie sous la forme du vin, du tabac et du haschisch.»

En résumé, Messieurs, tout le monde est d'accord sur la nécessité de maintenir séquestrés certains aliénés dits «criminels» après leur guérison, lorsqu'ils présentent des chances à peu près certaines de rechute.

La question seulement est de savoir où doit s'effectuer cette séquestration. Est-ce dans la prison? Évidemment non, puisque l'ordonnance de non-lieu ou l'acquittement en ont exonéré l'aliéné. Est-ce dans l'établissement d'aliénés? *Oui, s'il est encore aliéné; non, s'il est guéri*, c'est-à-dire *s'il n'est plus aliéné*. Si ce n'est ni dans l'un ni dans l'autre, où donc, alors?

Jusqu'à présent on n'a pu se tirer d'embarras que par une violation de la

loi. Maintenant, que cette violation, du moment où elle est jugée nécessaire, soit commise par l'autorité administrative ou par l'autorité judiciaire, peu me semble importer; il pourrait seulement peut-être paraître singulier, si c'était à l'autorité judiciaire, que, tout restant égal d'ailleurs dans la législation, dût être attribué le pouvoir de maintenir internés dans un établissement d'aliénés des individus qui ne seraient plus aliénés, que la loi fût violée par ceux-là qui sont précisément chargés de l'appliquer.

En tout état de cause, cette nécessité de commettre une violation de la loi pour protéger la société contre une catégorie de personnes me semble une chose profondément regrettable, et c'est pour y remédier qu'une revision de cette même loi, si parfaite qu'elle soit d'ailleurs, me semblerait nécessaire, afin d'y introduire une disposition qui permette de maintenir séquestrés, non plus seulement les aliénés dits «criminels» restant aliénés après l'action, mais encore ceux qui guérissent, mais qui, de l'avis d'une commission de médecins, offrent des chances de rechute, avec des caractères aussi dangereux que la première atteinte.

Il ne me coûte nullement d'ajouter que, si cette revision devait se faire dans le sens que je viens d'indiquer, il me semblerait naturel que le pouvoir d'ordonner l'internement fût attribué à l'autorité judiciaire.

Un pareil ordre ne devrait être, suivant moi, dans l'espèce, que le corollaire de l'ordonnance de non-lieu ou de l'acquittement; la cour, en prononçant ce verdict, procéderait à peu près comme elle procède à l'égard des mineurs dont, après les avoir acquittés, elle ordonne la détention dans une maison de correction.

La revision de la loi, sous le rapport dont il s'agit, devrait être suivie d'un ensemble de mesures administratives dont la principale aurait pour objet de créer dans les asiles d'aliénés des quartiers distincts pour l'internement des aliénés dits «criminels», afin de les isoler complètement des autres aliénés, ou mieux encore, de créer des asiles spéciaux pour cette catégorie de malades, suivant l'exemple qui nous est donné sous ce rapport par l'Angleterre.

Le nombre des aliénés pour lesquels cette création serait nécessaire n'est pas très considérable, et, sans pouvoir en préciser le chiffre, j'estime qu'il ne saurait dépasser six cents pour toute la France. Cela étant, la création de deux asiles d'aliénés dits «criminels» me semblerait devoir suffire.

La France, sous le rapport de la répartition de ses aliénés criminels entre ces deux établissements, formerait deux zones et, dans le cas où l'édification dont il s'agit serait décidée, les départements formant chacune de ces zones devraient être appelés à concourir à la dépense.

Ce que je viens de dire pouvant s'appliquer aux aliénés dangereux, dont les aliénés dits «criminels» ne forment qu'une catégorie spéciale, je vous demande la permission de terminer cette communication par quelques considérations sur la diversité des dangers que l'aliéné fait courir à la société.

En tête de ces dangers se placent naturellement ceux qui ont pour objet le meurtre ou l'incendie et dont il importe avant tout de préserver la société.

Mais en dehors de ces dangers, il en est d'autres d'une nature toute spéciale dont il convient aussi de se préoccuper.

Les faits se pressent à l'heure qu'il est pour démontrer la réalité de ce genre de dangers, et je pourrais en citer moi-même de trop nombreux exemples, si je ne préférais m'en tenir au suivant, au souvenir duquel je ne puis me reporter sans frémir d'une inquiétude rétrospective.

C'est le fait d'une évasion qui a eu lieu à l'asile de Vaucluse dans l'hiver 1874-1875, pendant la nuit. L'évadé était un ancien aiguilleur de chemin de fer. Conduit après son évasion par les réminiscences de son emploi sur la voie du chemin de fer d'Orléans, non loin de la station d'Épinay, il se mit à tourner les disques qui servent de signaux et pouvait par cette manœuvre, si l'on ne s'en était aperçu à temps, amener une rencontre de trains et, par suite, une épouvantable catastrophe.

Il est, vous le savez, Messieurs, une catégorie d'aliénés appartenant à la classe des fous dits «raisonnants» dont la présence dans la société est l'occasion de dangers qui, pour être de l'ordre moral et n'avoir pour objet ni le meurtre ni l'incendie, ne laissent pas que d'être très redoutables.

On sait que certaines personnes deviennent, sans leur avoir fourni le moindre prétexte et par le hasard seul d'une des conceptions délirantes qui peuvent assaillir un cerveau d'aliéné, le point de mire des attaques de tels de ces malades avec lesquels elles n'avaient eu aucun rapport et qu'elles ne connaissaient même pas de nom. Ces aliénés s'attachent aux pas de leurs victimes, se cramponnent, si l'on peut ainsi dire, à leur vie, les poursuivent d'obsessions de toutes sortes, les attaquent dans leur honneur, ne se laissant arrêter par aucune considération et procédant par voie d'insinuations quand les armes directes leur font défaut ou qu'ils ne peuvent pas y recourir.

Les personnages politiques sont, on le conçoit, plus que personne, exposés à ce genre de dangers.

Tout le monde se souvient de l'acharnement qu'a mis le nommé Sandon à poursuivre un des ministres du dernier empire. Telle était la lucidité de cet aliéné que ses déblatérations contre ce haut personnage ne sont pas toujours restées sans écho et que la vraisemblance d'une séquestration arbitraire de Sandon dans un établissement d'aliénés n'a pas été repoussée de tout le monde. Il est probable même que quelque doute serait resté encore dans certains esprits, si cet individu, étant venu mourir à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Hérard, son autopsie faite par le docteur Liouville n'avait fait découvrir dans son cerveau des lésions dont l'existence, du vivant de Sandon, ne pouvait se concilier avec une intégrité parfaite de ses facultés intellectuelles.

On sait que M. le professeur Lasègue a été, lui aussi, le point de mire des attaques d'un autre maniaque-raisonnant.

La situation des personnages ainsi persécutés est fort délicate; car l'état de folie de leurs persécuteurs ne s'accuse, la plupart du temps, que par des nuances qui échappent à l'appréciation des gens du monde, et que, quand on a recours à la séquestration dans un établissement d'aliénés pour préserver leurs victimes, le mot de séquestration arbitraire et de complaisance se trouve sur bien des lèvres.

Il est enfin une autre catégorie d'aliénés qui font jouer à certains personnages un rôle tellement extravagant, tellement empreint de délire que l'illu-

sion n'est possible pour personne. Mais comme, à raison même de l'extravagance du rôle prêté à ces personnages, il s'attache à leurs personnes une certaine nuance de ridicule, il est naturel qu'ils cherchent à s'y soustraire par une demande de séquestration.

Il vous semblera, comme à moi, évident, Messieurs, que la société a besoin d'être protégée contre les dangers dont je viens de parler, aussi bien que contre ceux qui ont pour objet le meurtre ou l'incendie. Mais, pour assurer cette protection, la loi n'est pas impuissante et point n'est besoin de la reviser; il suffit de l'appliquer avec énergie et sans se laisser arrêter par les apparences de lucidité que présentent certains des malades dont il s'agit.

En résumé, Messieurs, la société me semble suffisamment protégée contre les aliénés dangereux, en tant qu'ils restent aliénés; mais elle ne l'est pas contre les aliénés dangereux qui cessent d'être aliénés et qui conservent la tendance à le redevenir.

Il résulte enfin de ce que je viens de dire que, pour tout ce qui se rapporte aux aliénés proprement dits, la loi du 30 juin 1838 est une loi parfaite, si parfaite même que la seule lacune que je lui connaisse n'existe qu'à l'égard des aliénés qui ne le sont plus.

Je ne crois pouvoir mieux finir cette communication qu'en rendant un éclatant hommage à cette loi, une des meilleures qui, suivant moi, aient jamais été édictées. (Applaudissements.)

M. le Président. La parole est à M. Auzouy.

QUELLES MESURES PEUVENT ÊTRE PRISES À L'ÉGARD DES ALIÉNÉS DITS «CRIMINELS».

M. le Dr Auzouy, *directeur, médecin en chef de l'asile public d'aliénés de Pau.* Messieurs, doit-on n'entendre par aliénés criminels que les individus dont la folie a été reconnue après leur condamnation?

Ou bien doit-on appliquer aussi cette qualification, d'abord à ceux qui ont été acquittés pour cause d'irresponsabilité, et ensuite à ceux qui, n'ayant pas même été jugés, ont cependant commis des actes criminels au sujet desquels la notoriété publique ou l'examen médical ont suffi pour faire écarter toute imputation?

A mon avis, cette qualification d'aliénés criminels doit s'étendre aux trois catégories ci-dessus, car dans toutes on retrouve un crime commis, et l'excuse légale résultant de la folie rend l'auteur du fait irresponsable.

En pareil cas, la loi prononce le relaxe des inculpés, car là où il n'y a pas d'intention criminelle il n'y a pas de crime, et par conséquent pas de répression encourue.

Or, s'il n'y a pas de répression ou de pénalité à appliquer, s'ensuit-il que la société doive demeurer désarmée et exposée indéfiniment au retour d'événements tragiques dont la récidive est fatalement probable?

La société a évidemment le droit de se garantir contre le retour de ces actes, et de mettre leurs auteurs dans l'impossibilité de les perpétrer de nouveau.

S'il n'y a pas de coupables à emprisonner, il y a des malades à faire traiter, des inconscients à abriter contre leurs propres écarts.

Le droit et même le devoir de séquestrer dans des asiles d'aliénés les auteurs inconscients de meurtres, d'incendies, de viols et autres crimes dont ils ne sont pas responsables, est évident, incontestable.

Mais combien de temps doit se prolonger cette séquestration? Qui a qualité pour en déterminer la durée? D'après la loi du 30 juin 1838, il n'appartient qu'au médecin en chef de l'établissement où l'aliéné est séquestré de déclarer que la guérison est obtenue et de provoquer la sortie.

Quelle responsabilité pèse sur le médecin, s'il déclare prématurément la guérison? Et s'il tarde trop à la déclarer, ne sera-t-il pas accusé de substituer à la loi ses appréciations plus ou moins arbitraires?

Bien souvent le malade lui-même, se croyant convalescent, invoque la cour d'assises ou les tribunaux, qui n'ont pas voulu de lui, prétendant tantôt qu'il aurait été acquitté, tantôt que la peine prononcée eût infailliblement été moins longue que la durée de sa séquestration à l'asile.

Citons quelques exemples :

CRIMINELS DÉCLARÉS ALIÉNÉS APRÈS CONDAMNATION.

Première observation. — Madeleine Carrère, âgée de dix-huit ans, commet onze incendies en quinze jours, à Lezignan, près Lourdes, et comparaît, en février 1869, devant la cour d'assises des Hautes-Pyrénées. Des soupçons d'insanité d'esprit la font envoyer en observation à l'asile Saint-Luc, où, pendant quatre mois, avec l'aide de deux confrères, nous la soumettons à l'examen le plus minutieux et le plus attentif. Notre rapport conclut unanimement à la simulation de la folie et à la responsabilité de l'inculpée, sauf une légère atténuation puisée dans une certaine dose d'hystéricisme.

Chose remarquable, nous apprenons, à la cour d'assises même, que pendant sa détention à la prison de Lourdes, l'inculpée avait déclaré à une de ses codétenues qu'elle allait simuler la folie, parce qu'elle n'avait pas d'autre moyen de se faire acquitter.

En effet, à l'audience, elle joua merveilleusement son rôle de folle, mais néanmoins elle put supporter pendant deux jours de suite dix heures de débats sans troubler les plaidoiries, et continuer sa simulation avec une persévérance étonnante.

Sur notre affirmation réitérée de la non-existence de la folie, Madeleine fut condamnée à six ans de travaux forcés, le 9 juin 1869.

Arrivée à la maison centrale de Cadillac, dont le régime lui était très pénible, Madeleine reprend sa simulation et est conduite une première fois à l'asile de Bordeaux, où les Drs Dubiau et Bigot crurent à la sincérité de manifestations délirantes vraiment très intenses.

Quelques jours de séjour à l'asile calmèrent ces troubles délirants, et tout rentrait dans l'ordre à tel point que la condamnée pouvait, au bout de quelques mois, être reconduite à la maison centrale.

Mais là les manifestations délirantes recommençaient aussitôt, pour amener un nouveau placement à l'asile, où Madeleine ne tardait pas à se faire remarquer par son intelligence hors ligne, son adresse à tous les ouvrages, son talent de chanteuse, sa bonne tenue, etc.

Après une nouvelle réintégration à la centrale et de nouvelles crises de simulation, le Ministre de la justice ordonna que Madeleine serait transférée à l'asile de Pau, où je pourrais l'examiner encore et revenir, s'il y avait lieu, sur les conclusions qui avaient

motivé la condamnation par la cour d'assises, auquel cas elle eût pu devenir l'objet d'un acte de clémence.

L'accueil que trouva à Saint-Luc la condamnée la dispensa de tenter encore la simulation, et *elle n'y a plus eu recours* jusqu'à l'expiration de sa peine. Elle a compris que nous avions rempli un devoir en émettant sur elle une opinion consciencieuse, mais que, s'il y avait des geôliers à Cadillac, il n'y en avait pas à Saint-Luc. Il y avait là cependant un cas délicat à trancher. Pour la conserver à l'asile et lui épargner le retour tant redouté à la maison centrale, il fallait tous les trois mois donner un avis médical sur son état mental. L'autorité judiciaire, fatiguée sans doute des nombreuses allées et venues de la condamnée, se contentait d'une note attestant un certain degré d'hystéricisme, et Madeleine a pu finir à Saint-Luc les six années que devait durer sa peine. Elle est sortie de l'asile le 16 juin 1875, après nous avoir avoué qu'elle avait simulé la folie pour échapper aux conséquences de son crime. Cet aveu a été entendu par le magistrat qui avait présidé les assises où fut prononcée sa condamnation, et qui se trouvait être précisément le président de la commission de surveillance de l'asile Saint-Luc.

Cette fille aurait beaucoup voulu rester à Saint-Luc comme infirmière, et, en effet, nous en avions peu d'aussi intelligentes, d'aussi zélées et d'aussi raisonnables qu'elle le fut pendant les quatre années qu'elle a passées dans l'établissement.

Aujourd'hui elle est placée dans un grand hôtel de Bayonne, où son service est parfait. Depuis trois ans qu'elle est sortie de l'asile, il n'y a pas eu un reproche à lui adresser. Elle correspond souvent avec ses anciennes compagnes de Saint-Luc.

Le parquet judiciaire n'a fait aucune difficulté pour autoriser sa sortie, lorsque les six ans depuis sa condamnation ont été expirés; la question posée par M. le député Lelièvre à M. le Garde des sceaux, le 24 mars 1877, relativement à l'imputation sur la durée de la peine du temps de séjour dans les maisons de santé avait donc déjà reçu la solution qui a prévalu plus tard devant la Chambre des députés.

2e observation. — Je viens de parler d'une condamnée en cour d'assises.

Il s'agit actuellement de Simon T..., acquitté par la cour d'assises, en août 1873, d'attentats à la pudeur sur des enfants âgés de moins de treize ans, mais condamné par le tribunal correctionnel à quinze mois d'emprisonnement pour les mêmes faits s'appliquant à des adolescents de plus de treize ans. Ici, les faits criminels, réitérés, innombrables, ne sont niés ni par leur auteur ni par ses défenseurs. Si une partie de ces actes n'eût été correctionnalisée, Simon T..., bien qu'ayant perpétré ces faits odieux, aurait pu regagner son domicile et y vivre le cœur léger, comme il y vit depuis l'expiration de sa peine correctionnelle, bannissant comme souvenirs importuns des crimes attribués à une épilepsie larvée qui n'a jamais existé, et qui depuis six ans ne s'est révélée par aucun des symptômes qui la caractérisent, pas même par le retour, prétendu fatal et inéluctable, des faits incriminés. Faut-il regarder la comparution en cour d'assises comme le remède infaillible de cette espèce d'épilepsie larvée?

Un justiciable de la cour d'assises, acquitté pour irresponsabilité, ne devrait-il pas être conduit dans une maison de santé? N'y aurait-il pas là tout à la fois une garantie donnée à la société contre le retour des crimes innocentés, et une satisfaction donnée à l'opinion publique, justement émue et alarmée?

3e observation. — Dominique L... a comparu, le 5 février 1874, devant la cour d'assises des Basses-Pyrénées, qui, sur notre rapport, l'a acquitté des tentatives de viol commises par lui, en août 1873, sur une jeune fille de dix-sept ans, et ensuite sur la personne de sa propre belle-mère, âgée de cinquante-cinq ans.

C'est un homme aux instincts brutaux, d'une intelligence bornée, et qui compte des antécédents héréditaires fâcheux dans son ascendance. Placé à l'asile le 13 mars 1874,

lui et les siens ne tardaient pas à demander sa sortie, prétendant qu'au demeurant *il n'avait tué personne,* et que le médecin ne pouvait se substituer à la loi qui l'avait absous. Le maire de sa commune, intéressé à exonérer celle-ci de sa participation à l'entretien de Dominique L. . . à Saint-Luc, insistait avec plus d'ardeur que personne, prétendant que l'individu était inoffensif quand il n'était pas ivre, et que nous n'avions pas le droit de tenir captif un sujet que la justice avait relaxé. Nous dûmes céder, et Dominique L. . . quitta l'asile après sept mois de séjour sans donner pour l'avenir de bien grandes garanties d'amélioration morale.

4e observation. — Gustave F. . ., avocat, fabrique, en 1868, un faux testament dans lequel son père, mort en 1867, lui fait des avantages considérables. Il ne s'aperçoit pas que la feuille de timbre qu'il emploie porte le millésime de 1868 au filigrane vu à *contre-jour,* et rend évident le faux qu'il a commis.

Il assure plusieurs de ses propriétés contre l'incendie à des prix élevés, et successivement ces propriétés brûlent, et F. . . perçoit l'indemnité. Il fut, de notre part, l'objet d'un rapport établissant l'irresponsabilité, et il intervint une ordonnance de non-lieu. Il se livre dès lors à toutes sortes d'excentricités, amenant des filles publiques dans son village, conseillant à des amis de s'assurer contre l'incendie et de mettre ensuite le feu à leurs immeubles. Il court armé d'un revolver avec lequel il menace ceux qui le contrarient, et nous est enfin amené d'office le 16 janvier 1876.

Il accable les magistrats de tout ordre de ses réclamations incessantes, et, sur mon rapport, intervient un jugement, en chambre du conseil, maintenant F. . . séquestré. Les réclamations recommencent, plus ardentes que jamais, et trois médecins, étrangers à la spécialité des maladies mentales, sont commis pour l'examiner. Ils concluent que F... est aliéné, «mais *qu'il ne doit pas être retenu plus longtemps à l'asile dans l'intérêt de sa santé* (sic); que d'ailleurs la nature de la maladie mentale pour laquelle il a été détenu ne le prédispose pas à des *actes criminels convulsifs et instantanés;* enfin qu'il n'est plus, *à l'avenir, exempt de toute responsabilité.*»

Sur ces conclusions, dont on pourrait discuter la concordance avec les faits observés, le tribunal ordonna la mise en liberté de F..., qui sortit le 17 mars 1877, libre d'aller recommencer les actes criminels sur lesquels nous avions appelé l'indulgence de la justice, espérant que son placement à l'asile y mettrait obstacle désormais.

Si nous passons actuellement aux aliénés homicides, la plupart sont redoutables au plus haut degré pour la société, et il semble que le droit de les retenir séquestrés devrait être incontestable. Et pourtant il n'en est pas un seul dont la sortie ne soit réclamée avec une insistance contre laquelle il faut réagir sans cesse, soit par l'aliéné lui-même, soit par sa famille, soit par ses protecteurs.

L'épileptique Parmentier, qui avait tué sa femme et trois de ses enfants, nous demandait fréquemment, à Maréville, la permission de les aller retrouver, n'ayant même pas conservé le souvenir de ce drame atroce et croyant ses victimes encore vivantes.

L'épileptique Bégué, qui, en octobre 1872, à Tarbes, fendait le crâne de sa femme d'un coup de hache et se ruait ensuite sur son enfant, qui a pu survivre à ses blessures, ne se souvient pas de ce meurtre et insiste souvent pour aller vivre avec ses enfants, parmi lesquels celui qu'il a manqué de tuer est aujourd'hui le plus aimé.

L'épileptique Lescurat, qui, en novembre 1877, abattait avec un haut volant (grosse serpe emmanchée au bout d'une perche) la tête de son neveu, âgé de quatre ans, et qui a chaque mois des crises formidables, n'a rien de plus pressé, lorsque la crise est passée, que de solliciter instamment sa sortie de l'asile. Il ne se souvient pas d'avoir décapité son neveu.

Pour les épileptiques, — non larvés, bien entendu, — la question est jugée, et

l'épouvante qu'ils inspirent leur fait trouver peu d'écho de leurs doléances au sujet de leur séquestration. Mais il n'en est pas de même des monomanes homicides.

5[e] *observation.* — Pour n'en citer qu'un seul, Colomès (Julien) d'Arrodets, consultant, en juin 1869, une devineresse à Bagnères, apprit d'elle que sa femme lui avait jeté un sort. Les prescriptions faites par la sorcière ne le guérissant pas, il tua sa femme à coups de hache. Peu après, ce monomane, qui croyait avoir le diable logé dans son ventre, nous fut amené, et nous pûmes constater l'absence de tout repentir et l'existence d'hallucinations des cinq sens.

Au nombre des médicaments que nous prescrivîmes à ce malade, figuraient plusieurs purgatifs énergiques, capables de conjurer les sorts et d'évacuer les démons accumulés dans son ventre. Colomès se trouva en effet soulagé, et demanda l'autorisation de retourner cultiver ses terres et *soigner ses enfants.* J'avoue que cette dernière prétention surtout me causait de vives appréhensions. Mais plus confiant, le frère de ce meurtrier fit toutes sortes de démarches pour obtenir sa rentrée dans ses foyers. Nous résistâmes énergiquement, malgré l'assurance donnée par le frère que des exorcismes achèveraient facilement, pour l'expulsion du démon, ce que notre traitement à l'asile aurait pu laisser d'incomplet!!!

Pendant deux ans nous avons conservé à Saint-Luc ce meurtrier, dont le crime, s'il n'eût été irresponsable, devait entraîner la plus terrible des expiations. Cette observation, plusieurs fois faite au malade, n'était pas plus goûtée par lui que par son frère. L'un et l'autre l'accueillaient avec un sourire d'incrédulité, n'attachant pas plus d'importance au souvenir du meurtre commis qu'à celui d'une bouteille cassée. Mais leurs réclamations devinrent de plus en plus intenses et multipliées; elles furent appuyées par les personnes les plus haut placées. Cette demande de mise en liberté me paraissant soulever un des plus difficiles problèmes de la médecine mentale, je sollicitai l'avis de magistrats éminents, qui me laissèrent perplexe, sans résoudre la question de savoir combien la séquestration est justifiée et peut légitimement se prolonger en pareil cas.

Une intervention préfectorale officieuse me décida à proposer, en décembre 1871, la sortie de Colomès, *à titre d'essai,* à la condition d'une surveillance rigoureuse à exercer sur lui désormais.

Mais ce n'est pas là, il s'en faut, une solution satisfaisante.

Il est encore, à Saint-Luc, quelques autres monomanes homicides ou suicides pour lesquels nous hésiterons longtemps, sinon toujours, à délivrer un certificat à fin de sortie.

Il y aurait évidemment des mesures à prendre pour régulariser des situations mal définies, laissées à l'appréciation des médecins spécialistes, sans qu'aucune disposition législative vienne jusqu'ici leur tracer la marche à suivre.

Sans prétendre se poser en législateurs, les médecins-aliénistes ne pourraient-ils soumettre au Gouvernement le résultat de leurs études et de leurs méditations?

Parmi les mesures à proposer, en voici quelques-unes que je soumets à l'appréciation du Congrès :

1° Fondation de plusieurs asiles régionaux pour les aliénés criminels (deux ou trois par exemple);

2° En attendant cette création, adjonction de quartiers spéciaux, comme celui établi récemment à Gaillon, à deux ou trois des maisons éparses sur le territoire français;

3° Juger les irresponsables comme s'ils étaient responsables; prononcer la peine

encourue, et les en exonérer par le même arrêt ou jugement qui fixerait la durée de la séquestration, dans les asiles à ce destinés, à un temps au moins égal à la durée de la peine encourue;

4° A l'expiration de ce délai, si le médecin de l'asile des aliénés criminels conservait des doutes sur l'opportunité de rendre le malade à la liberté, il serait fait appel à une commission présidée par le procureur général du ressort où est placé l'asile, ou par son délégué, et composée, en outre, de quatre ou cinq médecins d'asile désignés chaque année par le Ministre compétent;

5° Ces commissions se réuniraient au moins tous les ans, dans l'asile régional des aliénés criminels : elles prendraient connaissance des dossiers, des notes mensuelles, des certificats médicaux, et feraient un rapport circonstancié sur le mérite des réclamations formulées;

6° L'autorité judiciaire statuerait;

7° Dans les asiles régionaux, ou dans les quartiers spéciaux réservés aux aliénés criminels, seraient placés :

A. Les aliénés frappés de condamnation, reconnus fous depuis l'arrêt ou le jugement dont ils subissent les conséquences;

B. Les aliénés ayant commis des crimes, mais en faveur desquels seraient intervenues des ordonnances de non-lieu motivées sur leur trouble mental et leur irresponsabilité;

C. Les aliénés dont les actes criminels n'ont été l'objet d'aucune poursuite ou information, mais suffisamment désignés par la notoriété publique comme irresponsables;

D. Enfin, ceux qui deviennent meurtriers dans l'asile même où ils sont en traitement;

8° Dans les asiles destinés aux aliénés criminels, la séquestration devra être plus étroite et les précautions contre les évasions plus rigoureuses que dans les asiles ordinaires, où les malades doivent jouir, sous une surveillance discrète et dissimulée, de toute la liberté compatible avec leur situation mentale.

Ici les évasions doivent être rendues rares par une surveillance non exclusive du parcours de vastes espaces; là elles doivent être rendues impossibles par des obstacles matériels et par des règlements plus sévères. (Applaudissements.)

M. le Président. La parole est à M. Dagonet.

DES ALIÉNÉS DITS «CRIMINELS».

M. le Dr Dagonet, *médecin de l'asile Sainte-Anne*. Messieurs, la question des aliénés dits «criminels», sur laquelle l'attention du Congrès de Médecine mentale a été appelée, présente, à certains points de vue, et surtout à celui de la responsabilité du médecin, un intérêt dont on ne saurait méconnaître l'importance et la gravité. Je me bornerai à résumer, sous ce rapport, quelques courtes observations. Dans les considérations qui suivent, il ne saurait être question, bien entendu, de ces individus, véritables criminels, reconnus responsables, et qui, sous l'influence de circonstances diverses, deviennent aliénés pendant qu'ils subissent leur peine. Il ne s'agit que de cette catégorie d'individus qui sont devenus dangereux par suite d'un état d'aliénation mentale, d'un délire plus ou moins aigu; qui se sont livrés à des actes de meurtre, d'incendie, etc., et

qui, en présence d'un état évident d'aliénation, ont été justement déclarés irresponsables. L'acte commis par ces aliénés est dit criminel, en ce sens qu'il a porté à la société un grave préjudice. Le cadre pourrait comprendre de nombreux développements, je devrai seulement tracer ici les principaux traits de la question.

La préoccupation qui doit tout d'abord dominer l'esprit du médecin comme celui du magistrat ou du législateur, c'est évidemment d'empêcher par tous les moyens imaginables le retour des actes dangereux qui ont été une première fois commis. On peut déjà se demander s'il est réellement possible d'établir de ce côté une règle invariable qui devra trancher toutes les difficultés. Les faits sont compliqués, très différents entre eux, on comprend dès lors qu'ils doivent être examinés chacun en particulier suivant les conditions pathologiques spéciales qui se seront produites. Dans tous les cas, le médecin a tout intérêt à dégager le plus possible sa responsabilité.

A un point de vue essentiellement médical, on peut déjà faire une première remarque, c'est qu'il existe bien réellement des catégories d'aliénés dans lesquelles on rencontre surtout ces malades dits «criminels».

L'épilepsie est, par exemple, une de ces redoutables maladies qui viennent entraîner les manifestations délirantes les plus fâcheuses; elle imprime aux actes impulsifs le caractère de sauvage fureur qui tout de suite fait dire à l'observateur habitué à l'étude de tels malades : *Ce doit être un épileptique.* On a même cru pouvoir indiquer comme le signe distinctif d'une épilepsie dite *larvée*, ces actes impulsifs violents, aveugles, commis par des individus chez lesquels on n'avait pas observé jusque-là de véritables attaques épileptiques. L'impulsion violente a suffi dans ce cas pour faire poser le diagnostic d'épilepsie.

Mais, pour ce qui regarde l'épilepsie vraie, celle qui ne saurait faire l'objet d'aucune espèce de doute, la question est environnée des plus grandes difficultés, et, de ce côté encore, il serait difficile d'établir une règle uniforme. Qui donc pourrait affirmer que tous les épileptiques dont les attaques convulsives sont précédées ou suivies de troubles intellectuels sont nécessairement dangereux; l'expérience ne manquerait pas de démontrer le contraire. Bien plus, il est à peu près impossible, dans la grande majorité des cas, d'établir quels seront les épileptiques qui, sous l'influence de leurs attaques, deviendront dangereux. J'ajouterai même que l'observation clinique fournit des exemples d'individus qui, à la suite de certaines attaques et de troubles intellectuels consécutifs, ont commis les actes criminels les plus regrettables, et qui, malgré cela, ne s'en sont pas moins rétablis, même de l'épilepsie qui les avait portés à des actes violents. Je citerai entre autres l'exemple suivant : un aliéné épileptique, dont l'observation a été rapportée dans la *Gazette des hôpitaux* par notre honorable collègue, le D[r] Legrand du Saulle, avait tué, dans un accès d'aveugle fureur, un gardien de l'asile de Marseille et blessé grièvement un autre. C'était un Alsacien, et à ce titre il fut dirigé sur l'asile de Stéphansfeld (Bas-Rhin). Pendant trois mois environ ce malade fut en proie à un délire maniaque des plus intenses, de forme inconsciente et avec tendance à des actes impulsifs. Cet aliéné, extrêmement dangereux, dut être pendant tout ce temps isolé dans une cellule et le plus souvent revêtu de la camisole de force. Malgré le caractère si grave

de son délire, malgré l'épilepsie dont il était atteint depuis peu de temps et dont nous n'avons pu connaître exactement la cause, nous avons vu ce malade se rétablir entièrement. Peu à peu il a repris la conscience de lui-même, et quand la raison lui est revenue, il ne conservait plus qu'un vague souvenir des manifestations délirantes sous l'influence desquelles il s'était livré à des actes de fureur contre les deux malheureux gardiens. Il se rappelait seulement que ces derniers n'avaient pas eu pour les malades confiés à leurs soins tous les égards désirables.

Après un temps d'observation suffisamment prolongé, il fut rendu à sa famille, qui l'avait réclamé et au milieu de laquelle il est resté plusieurs années après sa sortie de l'asile sans qu'aucun inconvénient ait été signalé.

Il importe donc, aussi bien pour l'épilepsie que pour d'autres états morbides, d'étudier attentivement le cas en lui-même, de rechercher les circonstances au milieu desquelles le délire s'est développé, les phases que la maladie a traversées, et c'est seulement après que cette étude aura été faite que le médecin pourra indiquer la conduite à tenir.

En pareille circonstance, il serait impossible d'établir une règle inflexible. Par cela même qu'un individu sous l'influence d'un évident état morbide sera devenu dangereux, devra-t-on le condamner à une séquestration perpétuelle? le séparer indéfiniment de ceux auxquels il pouvait être utile et qui pouvaient à l'occasion le surveiller? Parce qu'il aura été dangereux une première fois, faudra-t-il en conclure qu'il devra être une seconde fois repris des mêmes accidents? Mais c'est précisément cette prévision du retour des accidents que, dans l'état actuel de la science, il n'est pas possible d'établir dans la généralité des cas. Sous ce rapport, je pourrais citer des exemples de malades remis en liberté après avoir commis les actes les plus affreux, et qui, une fois guéris et livrés à eux-mêmes, n'ont plus été atteints de leur maladie et se sont montrés absolument inoffensifs. Tel est, entre autres, le cas du sergent Bertrand. — Le médecin mis en présence de sa conscience ne doit affirmer que ce dont il est parfaitement sûr. Sa responsabilité n'est pas d'ailleurs engagée au delà de certaines limites, et, comme je le dirai plus bas, il suffit qu'il ait fait du cas spécial une étude attentive, qu'il ait donné à l'autorité tous les renseignements désirables; son rôle ne doit pas aller plus loin. C'est à l'autorité à décider la question de mise en liberté et à ordonner, d'après les indications qui lui auront été fournies, les précautions à prendre dans le cas où de nouveaux symptômes d'aliénation mentale viendraient à se manifester.

Les individus atteints d'alcoolisme ont été justement rangés au nombre de ceux qui, sous l'influence de circonstances diverses, peuvent commettre les actes les plus dangereux.

Mais de ce côté encore la même observation doit être faite. Ces aliénés, devenus criminels sous l'influence des hallucinations qui les ont obsédés, des terreurs qui les ont assiégés, ne tardent pas à reprendre l'usage de leur raison dès qu'ils sont soustraits à la cause qui a provoqué leur excitation délirante. Faudra-t-il néanmoins les garder indéfiniment dans l'asile d'aliénés, par cette raison qu'une fois rendus à la liberté ils pourraient retomber dans leurs déplorables habitudes. Mais où est le droit du médecin de conserver, sous le

prétexte de maladie, l'individu dans un asile par cette seule raison qu'il pourrait être exposé à une rechute. Le médecin, lorsqu'il s'agit d'intérêts graves, d'intérêts de famille, de privation de la liberté, n'a pas à trancher ces sortes de questions. Il doit faire connaître exactement l'état des choses à l'autorité, qui elle-même décidera et prendra sous sa responsabilité les mesures qu'elle jugera nécessaires.

Le 30 mars 1873, un malade atteint d'alcoolisme entre à l'asile Sainte-Anne. Il avait assassiné sa femme et essayé ensuite de se couper le cou.

On observe chez cet homme les signes caractéristiques de l'intoxication alcoolique : affaiblissement des facultés, de l'intelligence, de la mémoire, de la volonté, de la motilité, etc., troubles de la vue et de l'ouïe, éblouissements, photopsies; il voit des étincelles, des cercles de feu, etc., il a des vertiges, des étourdissements, et même des attaques épileptiformes; enfin il a des hallucinations de l'ouïe, il entend comme des sifflements et de temps en temps une voix qui, entre autres injures, l'appelle *cocu*. J'abrège naturellement une description symptomatologique des mieux caractérisées.

Ce malheureux, comme je viens de le dire, avait tué, peu de jours avant son arrivée à Sainte-Anne, sa femme d'un coup de couperet. Cette femme n'était plus jeune, il l'aimait beaucoup, il était marié avec elle depuis vingt ans; jamais la pensée de la tuer ne lui était venue à l'esprit; mais depuis quelque temps il avait des hallucinations de l'ouïe et de la vue et il ne cessait d'entendre répéter l'injurieuse parole dont j'ai parlé plus haut.

Il était 6 heures du matin, c'était à la fin de février, il venait d'allumer tranquillement son feu et le couperet qui lui avait servi à fendre du bois était près de lui. C'est alors que la voix railleuse s'est fait entendre, puis une impulsion dont il ne se rend pas bien compte le saisit; il se précipite sur sa femme et lui fend le crâne d'un coup de son instrument.

Le sang rejaillit sur les draps et sur lui; cela lui a fait, dit-il, une drôle d'impression; ses trois enfants, qui assistaient à cette scène de meurtre, se sont mis à crier. A ce moment des idées de suicide se sont emparées de son esprit. Il tenait à la main une corde avec laquelle il cherche en vain à se pendre à l'un des clous du mur; puis, armé d'un rasoir, il s'échappe de chez lui, court au bord de la Seine et se coupe le cou; c'est alors que des agents l'ont arrêté.

Dans ce fait, les impulsions, les actes criminels, ont été en corrélation avec les manifestations délirantes et les hallucinations que présentait le malade. Il faisait une énorme consommation d'eau-de-vie et buvait, dans les derniers temps, jusqu'à quinze petits verres par jour.

Pendant trois mois environ il est resté en proie à des hallucinations et à d'autres troubles intellectuels; il ne croyait pas que sa femme était morte, il l'entendait parler; elle l'appelait, il courait au devant d'elle. Peu à peu ces symptômes se dissipèrent, et pendant plusieurs mois ce malheureux, revenu entièrement à la raison, s'est montré un ouvrier intelligent et habile dans son métier. Il déplorait amèrement les faits passés et réclamait sa sortie. La conduite à tenir, en pareille circonstance, m'a semblé toute tracée: renseigner exactement la préfecture de police, qui prend les arrêtés de placement et de sortie; faire connaître que les accidents morbides, sous l'influence desquels le malade avait commis l'acte criminel, étaient depuis plusieurs mois disparus; que cet individu, en dehors de l'excitation délirante provoquée par les excès alcooliques, n'était nullement dangereux, et qu'en définitive il y avait lieu de le faire sortir, mais à la condition de le faire surveiller de manière à prendre immédiatement les mesures nécessaires s'il venait à se livrer de nouveau à des habitudes de boisson. La sortie fut autorisée dans ces conditions et il s'est conduit raisonnablement depuis bientôt quatre ans qu'il a été remis en liberté.

Je ne puis mieux faire que de rappeler sous ce rapport la règle tracée par l'honorable inspecteur des asiles d'aliénés, le Dr Lunier :

La loi, dit-il, n'indique aucune exception à faire pour les aliénés qui ont commis des actes réputés criminels et qui ont été séquestrés dans un asile à la suite d'une ordonnance de non-lieu ou d'un acquittement par le jury. Les médecins d'asiles doivent évidemment, quand ces malades leur paraissent guéris, les soumettre à un examen scrupuleux, peser surtout les chances de récidive; mais, quand ils croient la guérison suffisamment consolidée, ils ne doivent pas hésiter à provoquer leur sortie. (*Ann. méd.-psych.*, septembre 1869. — Séance de la Soc. méd.-psych. du 26 novembre 1869.)

Sans doute il est des faits qui échappent à toute prévision humaine; mais, je le répète, la responsabilité du médecin ne saurait être engagée au delà des limites que l'expérience scientifique peut avoir tracées. Je citerai, par exemple, le fait suivant :

Lorsque je suis arrivé comme médecin en chef de l'asile départemental de Stéphansfeld (Bas-Rhin) en 1850, il y avait, attaché aux bureaux de cet établissement, un malade absolument guéri depuis près de trois ans et qui avait commis l'un des actes criminels les plus redoutables : il avait tué à coups de hache, dans un accès de lypémanie et de stupeur, sa femme et trois de ses enfants; une petite fille âgée de deux ans avait échappé au massacre, mais elle avait eu trois doigts d'une main entièrement coupés.

Cette scène effroyable s'était passée dans une petite commune perdue dans les montagnes des Vosges; elle avait nécessairement laissé une impression profonde sur l'esprit des habitants. Ceux-ci, chaque fois qu'on leur annonçait une visite probable de ce malheureux malade, s'armaient de fourches pour l'attendre et se mettre à sa poursuite. Cet individu s'est montré pendant près de vingt-cinq ans à l'asile de Stéphansfeld un employé de bureau laborieux, consciencieux et ne présentant pas le moindre signe d'aliénation mentale. A deux ou trois reprises j'avais moi-même tenté, sur ses vives instances, de provoquer sa sortie; mais, en présence de l'émotion restée toujours vivace dans le pays, on m'avait prié de ne pas insister. Peu de temps après l'annexion de l'Alsace à la Prusse, la sortie de ce malade fut décidée; il s'était remarié malgré son âge avancé, et, chose remarquable, vingt-cinq ans environ après la scène épouvantable que je viens de raconter, il commit, sous l'influence d'un même état d'aliénation, le même acte criminel : il tua sa femme et l'enfant qu'elle venait de mettre au monde. Il ne semble pas avoir eu ensuite la conscience des faits qu'il venait d'accomplir, tant était grande la confusion de ses idées et l'obscurité de ses sensations; en effet, il mit fin à ses jours quelques instants après en se pendant, et, dans une lettre trouvée dans sa chambre, il fit savoir que pour ne pas succomber aux horribles tentations qui le dominaient, il prenait la résolution de se suicider.

Les exemples de rechute après vingt-cinq ans d'une guérison évidente sont rares, exceptionnels, et je ne les cite que pour n'omettre aucun élément de cette grave question.

J'ai parlé, chez ce malade, du trouble profond de la conscience; je pourrais, à ce propos, m'occuper de ces individus atteints d'aliénation avec conservation de la conscience et qui ont fait l'objet, au sein de la Société médico-psychologique, de discussions pleines d'intérêt. Je me bornerai à présenter, dans l'ordre d'idées qui nous occupe, les observations suivantes : la conscience chez les aliénés est nécessairement en rapport, dans la grande majorité des cas, avec la

forme même du délire : le malade se trompe sur le caractère et la valeur des sensations éprouvées, il ne pense, ne sent et n'agit que conformément aux idées fixes et aux hallucinations qui l'obsèdent; il se juge tel qu'il se sent, et il ne saurait se voir autrement. Ses appréciations, comme sa volonté, restent intimement liées avec le nouvel ordre de choses qui s'est établi en lui. De même la conscience est en rapport avec l'affaiblissement et l'état de déchéance qui viennent atteindre nos principales facultés. Le médecin doit tenir grand compte de toutes ces circonstances lorsqu'il s'agira d'éclairer la justice et d'indiquer à l'autorité les mesures à prendre dans les cas où des actes criminels auront été commis sous l'influence de conditions morbides.

Il me paraît hors de propos d'examiner ici ces différents cas d'activité mentale inconsciente, de cérébration inconsciente, comme on les a appelés, qui se rattachent aux états pathologiques les plus variables. Tout le monde sait qu'il existe des affections bizarres, des névroses singulières en dehors de l'épilepsie, de l'hystérie, de certaines intoxications, sous l'influence desquelles la conscience, cette lumière de l'âme, disparaît tout à coup pendant un temps plus ou moins prolongé. On voit alors, malgré la disparition de la vie consciente, s'accomplir dans un enchaînement parfaitement logique les diverses autres facultés; l'individu pense et agit comme s'il jouissait de son entière raison, seulement, plus tard, il ne conserve plus le souvenir de ce qui s'est passé pendant la vie inconsciente, lorsqu'il vient à reprendre l'entière connaissance de lui-même. On a cité, dans ces derniers temps, des exemples remarquables d'individus qui passaient ainsi d'une vie consciente à une vie inconsciente. Mais il est des cas non moins extraordinaires où la volonté est en quelque sorte suspendue, où toute force de résistance est pour ainsi dire anéantie, et où l'on voit l'individu dominé par d'étranges obsessions, par des impulsions dangereuses qui le désespèrent, qu'il ne peut vaincre et dont il a parfaitement la conscience. Le malade obéit passivement à la puissance qui le pousse et l'entraîne; on le voit même combiner et réfléchir ses actes malgré l'horreur qu'ils lui inspirent; il sait ce qu'il fait et ce qu'il veut.

Croyez, dit M. Albert Lemoine (*De l'aliéné devant la philosophie et la morale*, p. 288), au témoignage de cet homme, brave militaire, officier supérieur dans notre armée, qui dit un jour à une de ses parentes : «Éloignez-vous, car je pourrais vous tuer. Il y a vingt ans que je lutte heureusement. Ma volonté ne sera peut-être pas toujours la plus forte.» Croyez au témoignage de cette mère qui, pressant ses enfants sur son cœur et les couvrant de caresses, les repousse tout à coup loin d'elle, se précipite au fond de sa chambre et s'écrie : «Qu'ils partent, qu'on les éloigne, car je les tuerais!»

Ces malades ont la conscience qu'ils sont encore libres, et, pour ne pas succomber, ils recourent aux moyens les plus énergiques; d'autres comprennent si bien la faiblesse de leur volonté qu'ils vous disent : «Je sens que ma pensée s'échappe, je ne puis plus la retenir.» (Alb. Lemoine, p. 293.)

Ces considérations, sur lesquelles je pourrais m'étendre longuement, n'ont d'autre but que de bien faire comprendre que les actes criminels commis par des aliénés dépendent des conditions morbides les plus diverses. Ce sont précisément ces conditions que le médecin doit étudier soigneusement lorsqu'il s'agira de tracer la conduite à tenir, non seulement dans l'intéret de l'individu,

mais encore dans celui de la société, dont la sécurité doit être avant tout sauvegardée.

La gravité de l'action commise ne saurait être à ses yeux le critérium qui devra lui servir à fixer son jugement et à prendre telle ou telle détermination. Sans doute il y a lieu d'en tenir grand compte, mais ce qu'il importe avant tout, c'est d'examiner les circonstances en vertu desquelles l'acte incriminé aura revêtu un caractère particulier de gravité. Ce qu'il importe de connaître, ce sont les mobiles qui ont poussé l'individu, les terreurs, les idées fixes, les hallucinations et même, quoique exceptionnellement, les impulsions aveugles non motivées qui auront, à un moment donné, dominé son esprit. On peut ajouter que souvent aussi l'acte incriminé ne sera devenu grave que par suite de circonstances fortuites et indépendantes de la forme même d'aliénation mentale.

Ce seront tous ces cas qui devront être soigneusement étudiés; dans cette appréciation raisonnée, le médecin ne doit pas non plus perdre de vue ces catégories d'aliénés que caractérise l'affaiblissement de la volonté; telles sont les folies qui se compliquent d'hystérie, d'épilepsie, celles qui s'accompagnent d'un délire de persécution existant depuis un temps prolongé, tels sont encore ces sortes d'individus chez lesquels il existe une prédisposition héréditaire manifestement accusée, ou bien qui ont pris des habitudes d'ivrognerie et de débauche et dont le sens moral s'est perverti; enfin, ces espèces d'imbéciles dont le développement des facultés morales est resté incomplet et qui n'ont pas trouvé dans leur entourage, pour réprimer des tendances instinctives vicieuses, les notions de saine morale et les exemples fortifiants de la famille.

De tels individus sont destinés à devenir facilement, par l'imperfection même de leur nature, des aliénés criminels, et le médecin bien au courant de ces différentes circonstances ne manquera pas de faire, sous ce rapport, les distinctions nécessaires.

En résumé, je pense que les aliénés dits « criminels » ne doivent pas être soumis plus que d'autres aliénés à une séquestration définitive, par cela même qu'ils auront commis un acte qualifié criminel. Parce qu'ils ont été dangereux une première fois, il n'en résulte pas qu'ils doivent nécessairement le devenir une deuxième fois. Cette question d'une rechute possible dépend de circonstances diverses et doit être l'objet d'une discussion scientifique. Sous ce rapport aucune règle absolue ne saurait être fixée; tout dépend du fait particulier.

Dans tous les cas graves, lorsque la société aura eu à souffrir un préjudice considérable, il me paraît désirable que l'autorité judiciaire intervienne, elle est en effet la seule autorité compétente qui, après avoir pris tous les renseignements nécessaires, puisse donner à la question posée la solution la plus conforme à l'intérêt général comme à celui de l'individu.

Lorsque les aliénés dits « criminels » continuent à se montrer dangereux dans les asiles où ils auront été placés, il me semblerait juste de les faire transférer dans un service approprié, tel que le service de sûreté dans lequel sont traités les individus qui ont été condamnés et qui deviennent aliénés pendant qu'ils subissent leur peine. Il suffirait pour prendre cette mesure d'un rapport médical circonstancié. Si, en effet, l'individu a été reconnu irresponsable de l'action qu'il a commise, il n'en reste pas moins dangereux, et, en définitive, toutes

les garanties désirables doivent être assurées dans l'intérêt général; mais on ne saurait voir dans ce fait une pensée d'assimilation avec ceux dont la responsabilité morale a été nécessairement engagée. Le médecin ne doit pas oublier surtout qu'il a affaire à des malades et qu'il doit s'efforcer par tous les moyens possibles d'obtenir leur guérison, ou du moins l'amélioration de leur triste situation. (Applaudissements.)

M. le Président. La parole est à M. Motet, pour la lecture d'un Mémoire de M. Hack-Tuke, de Londres.

M. Motet. Messieurs, avant de vous faire cette lecture, je vous demanderai de vous rallier à la proposition que M. Lasègue a faite au début de la séance. Il est impossible qu'une question de l'importance de celle qui vous est soumise aujourd'hui ne soit pas discutée. J'ai donc l'honneur de vous proposer de nous réunir demain à 2 heures; nous arriverons ainsi, par une étude approfondie, à élucider des points obscurs, et à proposer une solution d'un problème qui préoccupe vivement les sociétés savantes et les pouvoirs publics.

Permettez-moi maintenant d'adresser, au nom de MM. Lasègue et Legrand du Saulle, une invitation à ceux d'entre vous qui seraient désireux de visiter l'infirmerie spéciale près la Préfecture de police, et de se rendre compte du mode de placement administratif des aliénés à Paris. L'infirmerie spéciale est située sur le quai, près des nouveaux bâtiments de la cour d'assises.

Je passe à la communication de M. Hack-Tuke, qui est particulièrement intéressante pour nous.

BROADMOOR,

L'ASILE D'ÉTAT POUR LES ALIÉNÉS CRIMINELS D'ANGLETERRE,

PAR M. HACK-TUKE, DE LONDRES.

M. Motet, *lisant :*

Messieurs, ayant été informé par le secrétaire de la Société médico-psychologique de Paris, M. le Dr Motet, qu'on désire pour le Congrès une information à l'égard des aliénés criminels en Angleterre, je puis fournir les renseignements qui suivent :

De temps en temps la loi anglaise a fait des ordonnances pour donner aux criminels aliénés un logement séparé et meilleur, et pendant quelques années on a fait des constructions distinctes pour eux à l'hôpital de Bethlem, et à un grand asile privé dans le comté de Wilts, appelé « Fisherton House ». Mais ce ne fut qu'en 1856 que le secrétaire d'État ordonna la construction de l'édifice de Broadmoor, qui est le seul asile *d'État* pour les aliénés criminels. Il fut déclaré dans le rapport d'un comité de la Chambre des communes, en 1859-1860, que : « C'est un très grand mal de mettre ensemble les aliénés criminels avec les autres malades. C'est nuisible aux autres malades aussi bien qu'à eux-mêmes; mais leur rendre la liberté quand ils recouvrent la raison, comme il semble qu'on devrait le faire, est encore un plus grand mal et ne pourrait pas être sanctionné, parce qu'il en résulterait pour la société un dan-

ger extrême et imminent. On a récemment considéré ce sujet sous tous les points de vue, et très attentivement, et l'on a pris des mesures pour donner aux aliénés de cette classe de meilleurs soins, et pour exercer sur eux une plus grande surveillance. »

L'asile de Broadmoor est situé près de Wokingham, sur la ligne du chemin de fer du sud-ouest, à environ 30 milles de Londres, dans le comté de Berks. Il fut bâti en 1863. Il occupe, avec les terres qui en dépendent, 300 acres. Il est construit en briques rouges et consiste en trois étages (y compris le rez-de-chaussée), avec des bâtiments distincts pour les différentes classes. Les bâtiments consistent en deux blocs au centre et quatre blocs détachés pour les hommes, et deux blocs distincts pour les femmes. Dans la construction il y a des corridors, des salles et des chambres à coucher pour un ou plusieurs malades. Les fenêtres sont protégées par de fortes barres de fer verticales.

M. le Dr Orange est le chef de Broadmoor, et je lui suis redevable de beaucoup d'informations que j'ai obtenues, pour augmenter mes renseignements personnels. Les autres principaux officiers de cet établissement se composent d'un délégué, d'un médecin adjoint, d'un chapelain, d'une garde-malades, d'un économe, d'un maître d'école, et de surveillants, dont il faut un grand nombre, à savoir dans la proportion de 1 pour 5 malades. Dans les asiles anglais il y a en moyenne un surveillant pour 11 ou 12 malades.

Le nombre de malades s'élève à 500 : 400 hommes et 100 femmes. Il peut être intéressant pour le Congrès de connaître les crimes que les fous ont commis :

Plus de 300 ont commis des meurtres ou ont tenté de tuer quelqu'un; 11 ont commis le meurtre sans préméditation, 11 la félonie, 5 le viol, 6 le crime contre nature, 8 les assauts, 3 les crimes politiques, 22 le vol avec effraction, 46 le larcin, 33 furent incendiaires, 1 commit la fraude, 19 se rendirent coupables d'insubordination, etc. etc.

Je dois faire remarquer ici l'importance de la distinction qu'il y a entre les aliénés qui sont criminels, et les criminels qui sont devenus aliénés. Les premiers sont ceux qu'on n'a pas reconnus coupables à raison de leur folie; les autres, ceux qui, pendant la durée de leur détention en prison, deviennent fous. On a trouvé très nécessaire de séparer ces deux classes distinctes, à cause de leurs très différents caractères. Les aliénés criminels sont placés dans des bâtiments distincts des personnes condamnées qui sont devenues aliénées. Et pendant les quatre dernières années, on n'a admis à Broadmoor aucun *homme* de la dernière classe. En général, ils sont maintenant enfermés dans les prisons de Woking et Millbank. Si l'on admettait un plus grand nombre d'hommes de cette classe, il faudrait construire un autre bâtiment pour eux. Il y a suffisamment de place pour les femmes de cette catégorie.

On peut diviser les aliénés criminels en plusieurs classes : 1° ceux qu'on atteste être aliénés avant le procès; 2° ceux qu'on atteste être fous au moment de la mise en accusation; 3° ceux qui ont été acquittés après le procès à cause de leur folie; 4° ceux à qui l'on a accordé un sursis à cause de leur folie, après qu'ils ont été trouvés coupables d'un crime.

Quelques aliénés criminels, coupables de crimes moindres, ne sont jamais envoyés à Broadmoor, mais à l'asile dans le comté où ils ont été jugés.

Je dois faire observer qu'un nombre considérable de malades sont de temps en temps transférés dans d'autres asiles alors qu'ils sont encore aliénés. Quelques-uns sont dans une condition telle que, selon l'opinion du chef de l'asile, on pourrait les placer en sûreté dans l'asile d'un comté. D'autres, à l'expiration de leur peine, sont aussi envoyés dans les asiles. A l'asile privé dont j'ai parlé, appelé «Fisherton House», il y avait, le 1er janvier 1877, 71 aliénés de la classe criminelle.

A la même époque il y avait (en addition à ce nombre), dans les asiles des comtés et dans ceux des villes en Angleterre, 146 aliénés criminels; le nombre total à Broadmoor et dans ces autres asiles étant de 721.

Il y avait 73 condamnés aliénés dans les prisons de Woking et Millbank.

Ce transport de Broadmoor aux autres asiles (350 depuis l'ouverture de l'établissement) permet sans doute l'admission des cas convenables sans augmenter les bâtiments autant qu'il serait nécessaire de le faire autrement.

On emploie à Broadmoor le système de «non-restraint». Lorsqu'un malade est violent ou insubordonné, on peut l'enfermer dans une cellule où se trouve une fenêtre protégée par un volet. Quand le volet est fermé, la chambre n'est pas complétement dans l'obscurité, parce qu'il y a dans le mur, près du plafond, deux petites ouvertures qui ne sont pas fermées. Le seul ameublement dans la cellule est un lit par terre. On peut surveiller le malade de temps en temps à travers un trou qui est placé dans le mur à côté de la porte, et ce trou est couvert par un petit cadre de verre mobile. Ces cellules reçoivent beaucoup d'air et sont chauffées par des tuyaux d'eau bouillante. Quand j'ai visité cet établissement, il y a quelques mois, il n'y avait pas un homme enfermé dans les cellules, mais il y avait trois femmes. Les deux tiers étaient dans ce qu'on appelle les salles pour les plus tranquilles, et l'autre tiers dans les salles pour les agités. Je dois ajouter que plusieurs cellules pour les malades violents sont «*padded*», c'est-à-dire que les murs des cellules sont recouverts d'une certaine composition, comme kamptulicon, etc.

En conséquence du grand nombre de surveillants et d'autres causes particulières, la dépense par tête est plus élevée que dans les autres asiles ordinaires. Elle est d'une guinée (21 schellings) par semaine, tandis que dans les asiles de comté la dépense ordinaire n'est que d'une demi-guinée. L'État paye cette dépense. Chaque année le Parlement accorde un subside pour couvrir les frais de cet établissement. Les paroisses auxquelles les malades appartiennent ont aussi contribué aux dépenses. En 1876, elles ont payé 8,677 £, tandis que l'État a payé 27,390 £.

Les fous sont employés à différents travaux. Pendant l'année 1876, 86 furent employés à faire et à réparer des vêtements pour les malades et à faire des draps de lit, du linge de table et autres pour les malades et les surveillants; 144, à nettoyer les salles; 29, à laver le linge; 26, à faire et à réparer l'uniforme, les bottes et les souliers; 17, à faire et à réparer les meubles, les matelas, les paillassons, les tapis, etc. Il y a dans l'asile une imprimerie à laquelle quelques patients sont employés. A cause du caractère des malades à Broadmoor, la

proportion des malades employés au dehors n'est pas aussi grande qu'elle le serait autrement. 40 cependant ont été employés dans les jardins et la ferme en l'année 1876, et la valeur de leur travail fut estimée 209 £ (5,225 francs). La valeur du travail entier des malades s'élevait à 1,940 £ (48,500 francs).

Le travail des malades devient de plus en plus un moyen de diminuer le coût par tête. Comme on ne pense pas qu'il est nécessaire ou bon d'employer la coercition pour les faire travailler, on leur donne une petite proportion de la valeur de travail actuellement fait, et on la dépense pour eux selon leur désir. Autrefois on ne suivait pas ce système, mais on leur donnait de la bière en plus. On a trouvé qu'il vaut mieux suivre le système actuel et que les malades travaillent beaucoup mieux avec moins de bière.

Au sujet de ce point très important de l'évasion des malades, je dois dire que, depuis l'ouverture de cet asile en 1863, il n'y en a eu que 23; pendant les trois dernières années, il n'y en a pas eu. Parmi ceux qui se sont échappés, 4 seulement n'ont pas été repris.

Parlons maintenant de la mortalité dans cet asile et de la proportion des guérisons. A l'égard de la mortalité calculée d'après le nombre total des malades, elle fut, depuis la date de l'ouverture de Broadmoor en 1863 jusqu'en septembre 1875, de 2.32 pour 100, par année. La mortalité est moindre que dans les asiles anglais où les aliénés criminels ont été renfermés pendant la même période. Dans ceux-ci elle était de 5.86, montrant une différence de 3.54 en faveur de Broadmoor. A l'égard des guérisons, la proportion par 100 calculée sur les admissions était de 11.44 pour 100, de 1863 à 1877. De ces malades qui recouvrent la raison, un peu plus de la moitié sont conduits en prison pour achever leur temps d'emprisonnement. Ceux-ci, cela va sans dire, appartiennent à la classe des criminels aliénés (« *convicts* » c'est-à-dire condamnés), et non à celle des aliénés criminels. Les autres ont été entièrement déchargés.

Un des points les plus difficiles sur lesquels le chef de cet asile a à se prononcer, c'est sans doute lorsqu'il convient de décharger ceux qui paraissent avoir recouvré la raison. Il est clair qu'on doit faire une grande distinction entre ceux qui, ayant détruit leurs enfants, par exemple, pendant la folie puerpérale, ont parfaitement recouvré la raison, et les malades homicides qui, quoique se conduisant tranquillement à Broadmoor, pourraient, à un certain moment, récidiver, et deviendraient probablement homicides une seconde fois dans un accès de violence. Ces cas demandent donc qu'on les retienne pour la vie, à cause de la sécurité publique.

Pour conclure, permettez-moi, Messieurs, de relater quelques autres faits importants.

L'autorité qui ordonne le placement d'un malade à Broadmoor est celle du secrétaire d'État de l'intérieur.

La même autorité est nécessaire pour la sortie d'un malade.

La loi pour l'admission et le renvoi d'un malade est contenue dans un Acte 23 et 24 Vict. caput 75, sect. 7, qui est comme suit:

« Tout ordre pour le changement ou le renvoi d'un malade (criminel) peut être fait d'après le certificat du chef de l'asile et de deux membres du conseil de surveillance. »

Permettez-moi de vous donner : 1° cet acte; 2° le rapport spécial d'un comité désigné en 1876 pour rechercher certaines matières relatives à l'asile de Broadmoor, et 3° le dernier rapport annuel de Broadmoor qui contient quelques statistiques très importantes et intéressantes.

La dépense totale de toutes les constructions (comprenant la chapelle, la maison du chef de l'asile, celle du chapelain et celle du sous-chef, et aussi cinquante-sept chaumières pour les surveillants, etc.) et des terrains s'élève à 166,350 livres sterling (4,158,750 francs), dont 7,250 livres sterling (181,250 francs) étaient pour les terrains.

Dans l'Acte de 1860, dont j'ai cité un paragraphe, on trouve la section suivante qui ordonne la formation d'un comité et la nomination des officiers:

Il sera permis au secrétaire d'État de nommer de temps en temps telles personnes qu'il croira convenables, pas moins de trois, pour devenir un conseil de surveillance pour les asiles qui ont été établis par cet Acte, et de changer tous les membres ou seulement quelques-uns dudit conseil et, après le changement, la mort ou la résignation d'un membre ou du conseil tout entier, d'en nommer un autre à sa place; et aussi de nommer de temps en temps un chef médical résident, un chapelain, et tels autres officiers assistants et domestiques qu'il jugera nécessaire et de les changer à son gré.

Voici un autre paragraphe important :

Soumis aux règles faites par le secrétaire d'État dans cet Acte, le conseil de surveillance surveillera et dirigera la gestion et la conduite de l'asile, et le soin et le traitement des aliénés qui y sont enfermés; et ledit conseil, ou deux membres du conseil, feront de temps en temps un rapport écrit au secrétaire d'État au sujet de la gestion et de la conduite dudit asile et de sa condition, etc.

Le nombre total des aliénés criminels, non compris ceux qui sont dans les prisons des forçats (Woking et Millbank), était, en janvier 1877, de :

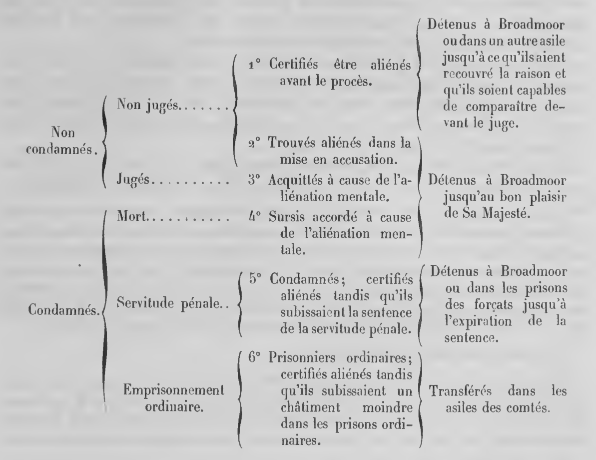
	Hommes.	Femmes.	Totaux.	Hommes.	Femmes.	Totaux.
Broadmoor	400	100	500	555	166	721
Fisherton House	54	17	71			
Autres asiles privés	3	1	4			
Asiles pour les comtés et les villes, etc.	98	48	146			
Woking (comté de Surrey)				61	0	61
Millbank (à Londres)				12	0	12
Totaux				628	166	794

Voici la destination et le nombre des criminels qui sont devenus aliénés :

Dans les prisons	73	168, dont 19 femmes.
A Broadmoor	95	

Par rapport aux quatre-vingt-dix-huit hommes et aux quarante-huit femmes (total cent quarante-six) dans les asiles des comtés et des villes, M. le Dr Orange, chef de Broadmoor, m'avoue qu'il ne peut me dire les crimes ou leurs sentences, seulement ils ne sont pas condamnés à la servitude pénale. La même remarque s'applique aux asiles privés.

TABLEAU DES ALIÉNÉS CRIMINELS [1].



Non condamnés.	Non jugés.	1° Certifiés être aliénés avant le procès.	Détenus à Broadmoor ou dans un autre asile jusqu'à ce qu'ils aient recouvré la raison et qu'ils soient capables de comparaître devant le juge.
		2° Trouvés aliénés dans la mise en accusation.	Détenus à Broadmoor jusqu'au bon plaisir de Sa Majesté.
	Jugés.	3° Acquittés à cause de l'aliénation mentale.	
Condamnés.	Mort.	4° Sursis accordé à cause de l'aliénation mentale.	
	Servitude pénale.	5° Condamnés; certifiés aliénés tandis qu'ils subissaient la sentence de la servitude pénale.	Détenus à Broadmoor ou dans les prisons des forçats jusqu'à l'expiration de la sentence.
	Emprisonnement ordinaire.	6° Prisonniers ordinaires; certifiés aliénés tandis qu'ils subissaient un châtiment moindre dans les prisons ordinaires.	Transférés dans les asiles des comtés.

Je désire ajouter que le Dr Orange pense que le système anglais au sujet des aliénés est excellent, et que l'asile de Broadmoor a été d'un grand avantage. (Applaudissements.)

M. le Président. Messieurs, il y a un dernier orateur inscrit, c'est M. Lunier.

M. Motet. M. Möring, directeur général de l'Assistance publique, a le regret de ne pouvoir assister à cette séance; il a bien voulu me remettre un travail des plus intéressants, où les renseignements puisés aux sources les plus sûres sont associés à des vues larges, à des aperçus nouveaux; les questions d'administration, de statistique sont étudiées avec le plus grand soin. Il y aurait grand intérêt à ce que ces documents fussent suivis d'une discussion et étudiés par les personnes qui se sont occupées de la question des aliénés dits « criminels » et du mode d'internement qui leur serait applicable. Si vous le désirez, je suis à votre disposition, et je pourrais vous lire cette note, qui du reste est très courte.

M. le Président. Je crois qu'il vaut mieux remettre cette lecture à la séance supplémentaire qui aurait lieu demain; si le Congrès y consent, je donnerai la parole à M. Lunier. (Assentiment.)

[1] Donné par M. le Dr Nicholson, sous-chef de Broadmoor, dans le journal *of the Mental Science*, numéro de juillet 1877.

M. Constans. Je n'ai, Messieurs, qu'une simple observation à présenter à l'occasion du Mémoire qui vient de nous être lu au nom de M. Hack-Tuke; je crains qu'il n'y ait, dans les chiffres qui viennent d'être cités, une erreur de proportion ou tout au moins un procédé de calcul qui diffère du nôtre. La mortalité n'est pas de 2.20 p. 100, mais de 7 p. 100, comparée à notre manière de calculer en France. La différence serait considérable; il me semble que l'auteur du Mémoire a dû commettre une erreur ou du moins calculer autrement que nous; j'appelle, en conséquence, son attention sur ce point.

M. le Président. Nous réservons la discussion pour demain.

La parole est à M. Lunier sur la question à l'ordre du jour.

M. Lunier, *inspecteur général des asiles d'aliénés et du service sanitaire des prisons.* Messieurs, la question des aliénés criminels est une des plus importantes que nous ayons à examiner; depuis une vingtaine d'années elle a donné lieu à de très sérieuses discussions; il me paraît donc nécessaire que nous l'examinions sous toutes ses faces.

Jusqu'ici tous les orateurs qui ont pris la parole partagent l'opinion que j'ai émise à plusieurs reprises, à savoir qu'il faut soumettre les aliénés dits «criminels» à des conditions d'internement tout à fait spéciales et les placer dans des asiles ou des quartiers distincts.

Un mot d'abord sur ce qu'on doit entendre par aliénés criminels.

On comprend sous cette dénomination deux catégories d'individus: les uns sont des condamnés qui sont devenus aliénés dans les établissements pénitentiaires où ils avaient été internés; les autres ont bien été l'objet de poursuites pour des crimes ou des délits, mais ils n'ont pas été condamnés, parce qu'ils ont été reconnus aliénés pendant ou après l'instruction.

Je dois ajouter que cette distinction inscrite dans la loi est, en fait, beaucoup moins réelle qu'on pourrait le croire; je m'adresse ici à des médecins qui savent à quoi s'en tenir à cet égard.

Parmi les condamnés qui sont reconnus aliénés dans les prisons, il y en a un grand nombre, en effet, — je l'estime à un quart au moins, — qui l'étaient déjà quand ils ont été condamnés, soit que les experts n'aient pas réussi à convaincre les juges, soit qu'ils n'aient pas même été consultés.

Parmi les condamnés aliénés, il y en a donc qui le sont devenus dans les prisons, d'autres qui l'étaient déjà avant d'être écroués. Ce sont là pour les médecins deux catégories bien distinctes; mais, dans la pratique, ils ne peuvent guère ne pas être confondus. Quelles mesures prend-on à leur égard?

Jusqu'en ces dernières années, en France, les condamnés aliénés ont été confondus avec les aliénés ordinaires; ils étaient purement et simplement envoyés dans les asiles, ceux du moins qui étaient devenus un embarras dans les prisons, car la moitié environ de ceux qui avaient été reconnus aliénés étaient conservés dans les établissements pénitentiaires.

Il n'y avait guère en France, dans les prisons de toutes sortes, que 180 hommes et 90 femmes condamnés devenus aliénés. C'est du moins le chiffre officiel. Mais nous avons de bonnes raisons de croire qu'il y en a un bien

plus grand nombre, si, aux aliénés proprement dits, on ajoute les imbéciles, les insuffisants, les déments séniles, etc.; mais ceux dont l'état nécessite la séquestration dans des asiles spéciaux sont réellement peu nombreux. On a adopté aujourd'hui, en France, un système que je crois excellent, mais qui demande à être perfectionné. L'administration des prisons, trouvant des inconvénients à l'envoi des condamnés aliénés dans les asiles, qui, du reste, tenaient fort peu à recevoir cette catégorie de malades, — je dirai tout à l'heure les motifs, — s'est décidée à annexer à l'une des maisons centrales un quartier spécial, et elle a le projet d'en construire d'autres. Ce quartier spécial, dont M. le Dr Hurel, qui en est le médecin, vous parlera dans un instant, est destiné à recevoir uniquement les condamnés qui deviennent ou sont reconnus aliénés dans les prisons; mais comme l'établissement ne contient pas assez de places pour qu'on puisse y placer tous les condamnés aliénés, on n'y transfère que ceux qui sont curables ou dangereux, et autant que possible, parmi ceux-là, les condamnés qui ont encore un temps assez long à passer dans les prisons.

L'administration pénitentiaire songe, j'en suis convaincu, à faire quelque chose d'analogue pour les femmes, car le quartier de Gaillon ne reçoit que des hommes; et elle sera entraînée plus tard à construire un second quartier pour les hommes dans la région méridionale de la France.

L'une des raisons qui ont déterminé l'administration pénitentiaire à construire un quartier spécial pour les condamnés aliénés, c'est que de cette façon elle ne perd pas de vue les individus qui lui ont été confiés et dont la peine ne cesse pas de courir, question sur laquelle la jurisprudence n'a jamais été bien établie, mais qui, dans la pratique, a été depuis longtemps résolue dans le sens de l'affirmative.

Je disais tout à l'heure, Messieurs, que la présence dans les asiles des condamnés devenus aliénés était regrettable; cette promiscuité présente, en effet, de graves inconvénients, et on n'a le droit de l'imposer ni aux indigents ni moins encore aux pensionnaires placés par leur famille.

Il me reste à parler des aliénés de la deuxième catégorie, c'est-à-dire de ceux qui n'ont pas été condamnés et qui obtiennent le bénéfice d'une ordonnance de non-lieu rendue sur la déclaration des experts ou d'un acquittement par le jury. Que faire de cette catégorie de malades?

Il est certain que, dans les conditions présentes, on est souvent fort embarrassé sur la détermination qu'il convient de prendre. La loi de 1838, si bien conçue dans son ensemble, si prévoyante à tous égards, ne dit rien de cette catégorie d'aliénés. Aussi le fonctionnement du service en ce qui les concerne diffère-t-il notablement suivant les départements.

Il est incontestable que si, toutes les fois qu'un individu, à la suite d'une ordonnance de non-lieu ou d'un acquittement pour cause d'aliénation mentale, est mis à la disposition de l'Administration, le préfet prenait un arrêté de placement d'office, la question que nous discutons aujourd'hui n'eût probablement jamais été soulevée. Malheureusement cela ne se passe pas tout à fait ainsi, et cela se comprend : que les raisons qui ont guidé les experts et

celles dont doivent tenir compte les médecins délégués par le préfet sont, en effet, bien différentes. A Paris, ce service fonctionne bien, parce qu'on est forcé de prendre rapidement une décision. Un inculpé est l'objet d'une expertise ; les experts déclarent qu'il est ou n'est pas responsable; dans ce dernier cas, il est renvoyé à la Préfecture de police, dont le médecin, après un examen sommaire, déclare qu'il est atteint d'aliénation mentale. C'est ainsi du moins que cela se passe dans la grande majorité des cas.

Mais, en province, il n'en est pas toujours ainsi. Je pourrais vous citer notamment certain département de l'Ouest où la moitié au moins des aliénés mis à la disposition de l'Administration à la suite d'une ordonnance de non-lieu sont purement et simplement mis en liberté. Dans tel autre, au contraire, à quelques lieues de là, ils sont tous séquestrés. Voilà donc deux manières de faire complètement différentes dans deux départements voisins; est-ce logique? Évidemment non.

Or, dans l'état actuel des choses, il ne peut guère en être autrement. L'administration centrale ne peut imposer au préfet de se montrer moins parcimonieux; si elle le faisait, les préfets ne pourraient pas toujours se conformer à ses injonctions. Ils ne sont pas libres, en effet, d'envoyer dans les asiles les aliénés qu'ils voudraient y placer. Ils y internent assurément ceux qui sont très dangereux; mais nous savons tous que, parmi les individus qui sont l'objet d'une ordonnance de non-lieu, il y a un certain nombre d'alcooliques ou de vagabonds qui sont séquestrés huit à dix fois; c'est une charge relativement considérable pour les départements; les conseils généraux protestent contre ces séquestrations; les préfets ont ainsi la main forcée et refusent de séquestrer cette catégorie d'aliénés, et ce refus de séquestration ne s'applique pas toujours à des aliénés tranquilles et peu dangereux. Je pourrais vous citer les noms d'individus inculpés de meurtre qui, après être restés en prison préventive pendant trois ou quatre mois, ont été mis en liberté le lendemain de la déclaration de non-lieu prise à la suite d'un rapport d'expert. Ces faits sont rares, je le veux bien, mais n'y en eût-il qu'un par an, ce serait déjà trop.

Il y a donc là un véritable danger; ce danger, on a tâché de le pallier au moyen de circulaires adressées aux préfets. Mais l'administration centrale, je le répète, ne peut, à cet égard, rien imposer aux préfets parce qu'eux-mêmes ne sont pas libres et qu'il leur faut compter avec les conseils généraux.

Si, au lieu d'une dépense départementale, il s'agissait d'une dépense de l'État; si l'on pouvait dire : tout individu séquestré comme aliéné à la suite d'une ordonnance de non-lieu ou d'un acquittement sera entretenu au compte de l'État, ce qui me paraîtrait très rationnel, la question serait facilement résolue. Il suffirait d'enjoindre aux préfets de séquestrer d'office tous les aliénés de cette catégorie. Les médecins des asiles les examineraient avec une attention toute particulière, et quand ils croiraient devoir proposer de les mettre en liberté, les préfets s'entoureraient de tous les renseignements désirables.

Quelques personnes sont allées plus loin ; elles voudraient que le soin de séquestrer ces aliénés, qui appartient aujourd'hui à l'administration départementale, fût transféré à la magistrature. Je suis de ceux qui croient que c'est le meilleur moyen de sortir de cette impasse, à moins qu'on ne préfère modifier

la loi sur la décentralisation administrative en ce qui concerne le service des aliénés.

M. Auzouy voudrait que ces individus fussent tous condamnés, sauf à modifier, en ce qui les concerne, l'application de la peine; mais la mise en œuvre de ce système implique le remaniement du Code pénal. Je crois plus simple d'ajouter un paragraphe à la loi de 1838, et de dire que tous les individus déclarés aliénés, qui sont, après cette déclaration, l'objet d'une ordonnance de non-lieu ou d'un acquittement, seront placés dans des asiles par l'autorité judiciaire.

Quant aux formules de procédure à adopter, c'est une question très complexe et qui nous entraînerait beaucoup trop loin. Ce point a d'ailleurs été discuté longuement dans deux sociétés où les questions de législation trouvent plus naturellement leur place. L'une d'elles cependant, la Société de médecine légale, après s'en être longuement occupée, s'est déclarée incompétente, tout en reconnaissant l'insuffisance de la loi en ce qui concerne cette catégorie d'aliénés.

Je n'ai parlé jusqu'ici que de la séquestration des aliénés qui ont été l'objet d'une ordonnance de non-lieu ou d'un acquittement; il me reste à dire ce qu'ils deviennent après leur internement dans les asiles.

Souvent, dans nos tournées d'inspection, des médecins d'asiles nous consultent sur des cas comme celui-ci : Un individu a commis un crime qui entraînait la peine capitale; il est acquitté comme aliéné, à la suite d'un rapport d'expert, et placé d'office dans un asile. Cet individu, qui s'était alcoolisé quinze à vingt fois, a tué la vingtième fois son ami, son voisin ou sa femme; après quinze jours d'internement, toute trace de maladie a disparu. Il est évident que, la loi en main, le médecin n'a, dans la plupart des cas, qu'une chose à faire, c'est de constater la guérison ou tout au moins la disparition des symptômes de la maladie, et de transmettre sa déclaration au préfet; mais il doit en même temps appeler son attention sur les faits qui ont motivé la séquestration.

Quant à ce dernier, il est tenu de statuer sans délai (art. 23 de la loi de 1838), mais il n'est nullement obligé de prendre un arrêté de sortie. M. Billod paraît croire le contraire; ce serait une erreur de sa part, et notre honorable collègue connaît trop bien la loi de 1838 pour lui faire dire ce qu'elle ne dit pas.

Il y a un second point sur lequel je ne puis pas davantage partager son avis. Notre savant collègue établit deux catégories parmi les aliénés qui sont l'objet d'une ordonnance de non-lieu : il y en a qui guérissent plus ou moins rapidement, d'autres qui ne guérissent jamais. Au point de vue scientifique, cette distinction est possible; mais, dans la pratique, elle est très difficile et souvent même impossible. M. Billod me paraît à cet égard commettre une erreur. Il prend sur lui, nous disait-il il n'y a qu'un instant, de conserver dans son asile, quoique guéri, sachant qu'il viole la loi, tel ou tel aliéné qui a commis un acte réputé criminel: selon moi, mon cher collègue, vous ne violez nullement la loi; cet individu que vous refusez de mettre en liberté est bien guéri de son accès; mais, par cela même que vous craignez qu'il ne retombe le lendemain, vous ne pouvez le considérer comme guéri. Nous avons

le droit et le devoir de conserver dans les asiles la plupart de ces individus. S'ils sont guéris pour le public, nous, médecins, qui connaissons les dangers de la récidive, nous devons les considérer comme ne l'étant pas.

Il me reste à examiner une dernière question, c'est celle de savoir où placer ces aliénés.

Je déclare tout d'abord que je ne suis pas d'avis de les placer dans les asiles ordinaires. M. Falret soutient qu'il n'y a pas de distinction à faire, parmi les aliénés dangereux, entre celui qui a tué et celui qui aurait pu tuer. Dans la pratique, cette opinion ne me paraît pas soutenable. Il n'est pas douteux que ces individus, qu'on appelle à tort des aliénés criminels, constituent une classe à part et qu'ils présentent des caractères spéciaux. Il faut donc prendre à leur égard des mesures spéciales, des précautions toutes particulières, notamment au point de vue des évasions.

Or, nos asiles ne sont plus, comme autrefois, des maisons absolument fermées: les malades y travaillent en plein champ, souvent même sans qu'il y ait la moindre clôture. Les personnes qui ont demandé qu'on y plaçât les aliénés criminels n'ont pas réfléchi à ces conditions nouvelles que présentent nos établissements. Est-il rationnel, pour quelques condamnés de cette catégorie qui y seront internés, qu'on soit obligé d'adopter des mesures spéciales qui ne pourront qu'être préjudiciables aux autres malades? Je suis convaincu que tous les médecins d'asile considèrent, comme moi, qu'il y a de graves inconvénients à maintenir ces aliénés dans les établissements ordinaires.

Fera-t-on des quartiers spéciaux dans un certain nombre d'asiles, en quelque sorte régionaux? Cela serait possible, mais ces asiles devraient renoncer à avoir des pensionnats. Il me paraîtrait préférable, comme on l'a fait en Angleterre, en Irlande et en Écosse, d'avoir des asiles absolument spéciaux. J'ai écrit il y a quelques années [1] qu'on pourrait y placer les condamnés qui deviennent aliénés dans les prisons, ceux qui ont bénéficié d'une ordonnance de non-lieu ou d'un acquittement pour cause d'aliénation mentale, et enfin un certain nombre de malades indisciplinables et dangereux, qui obligent les directeurs d'asiles à adopter des mesures exceptionnelles qui peuvent apporter une certaine perturbation dans le service. Mais, après y avoir mûrement réfléchi et avoir observé ce qui se passe à Gaillon, je crois qu'il est préférable de laisser entre les mains de l'administration pénitentiaire les condamnés qui sont devenus aliénés dans les prisons, en améliorant ce service, en le généralisant, en lui donnant enfin l'extension qu'il comporte.

Quant aux deux autres catégories d'aliénés, je voudrais qu'on les plaçât dans des établissements absolument distincts qui seraient soumis à une surveillance spéciale. Je demande cette création pour deux raisons : d'abord, à cause des inconvénients de la promiscuité dont je vous parlais tout à l'heure; et en second lieu, surtout si l'on transférait de l'administration de l'intérieur à celle de la justice la séquestration des aliénés dits «criminels», parce que ces établissements deviendraient en quelque sorte un intermédiaire entre la prison et l'asile.

[1] *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique*, art. FOLIE; t. XV, 1872.

On y internerait les individus inculpés d'actes réputés criminels, qui auraient été l'objet d'une ordonnance de non-lieu ou qui auraient été acquittés pour cause de folie; on y placerait également les aliénés qui sont dans les établissements une cause de perturbation incessante. J'estime qu'il y a en moyenne, dans nos asiles, environ 150 malades pour lesquels on est obligé de prendre des précautions exceptionnelles. On rendrait un grand service à nos établissements en plaçant ces malades dans les asiles spéciaux dont je demande la création; ils seraient, sous ce rapport, assimilés aux aliénés criminels, avec lesquels ils offrent, à certains égards, de grandes analogies. (Applaudissements.)

M. Motet. L'ordre du jour de demain appelle la communication de M. Hurel sur la statistique de l'infirmerie spéciale de Gaillon et différents travaux de MM. Rousseau (d'Auxerre), Hack Tuke, Guignard et Labitte.

La séance est levée à 5 heures 50 minutes.

SÉANCE SUPPLÉMENTAIRE DU MARDI 6 AOÛT 1878.

PALAIS DES TUILERIES (PAVILLON DE FLORE).

PRÉSIDENCE DE M. CONSTANS.

SOMMAIRE. — DES ALIÉNÉS DITS «CRIMINELS». — Discussion : MM. Petit, Motet, Lunier, Petrucci, Barbier, Marchant, Leblond, Lasègue, Delasiauve, Constans.

La séance est ouverte à 2 heures.

M. LE PRÉSIDENT. La discussion est ouverte sur la question des aliénés dits «criminels».

M. Petit a la parole.

M. PETIT. J'ai été très frappé des opinions émises hier par ceux de nos collègues qui ont pris la parole sur la question des aliénés dits «criminels», et j'ai quelques observations à présenter sur les conclusions qui ont été formulées devant nous.

On demande pour ces aliénés des mesures spéciales, et l'on semble désirer l'intervention du pouvoir judiciaire. J'avoue ne pas bien comprendre ce que pourra être cette intervention ni comment elle s'exercera. S'adressera-t-on à la juridiction civile ou à la juridiction criminelle ?

La juridiction civile? Comment le juge pourra-t-il trancher la question du placement et de la maintenue dans un asile?

La juridiction criminelle? Je croyais qu'il y avait un principe de droit qui disait que nul ne pouvait être considéré comme criminel, s'il n'est pas responsable de ses actes. Le jury ne peut pas condamner dans ces conditions; il n'a pas qualité pour ordonner un internement.

M. MOTET. La question que pose M. Petit est, en effet, des plus graves. Mais il ne s'agit pas de faire intervenir directement la juridiction civile ou criminelle. Quand un juge d'instruction s'aperçoit que l'inculpé d'un délit ou d'un crime est atteint d'aliénation mentale, il demande un rapport d'expert; et si l'individu est reconnu atteint d'aliénation mentale, irresponsable de ses actes, la procédure est close, une ordonnance de non-lieu est rendue, et l'aliéné est remis à l'Administration, qui le place d'office dans un asile. Si la folie est méconnue, dans le cas d'un crime, le dossier peut arriver à la chambre des mises en accusation. Elle statue sur le vu des pièces du dossier. Quand

elle a décidé que l'individu doit être jugé, il faut bien qu'il passe en cour d'assises. Si la folie est reconnue à ce moment, le président peut renvoyer l'affaire à une autre session, et demander dans l'intervalle un rapport d'expert. Mais, dans ce cas, il faudra, si l'aliéné guérit, qu'il revienne devant la cour d'assises; s'il est acquitté comme n'étant pas responsable au temps de l'action, que fera-t-on de lui? La loi n'a pas prévu ce cas; nous nous plaignons que ces individus, ou ne soient pas placés dans un asile, ou en sortent trop facilement. — Ce qu'il y a de plus fâcheux, c'est que les médecins des asiles ne connaissent pas, la plupart du temps, les antécédents de leur malade. Ils n'ont pas connaisance du dossier; et si, ce qui arrive souvent, pour les indigents du département de la Seine, l'aliéné qui a bénéficié d'une ordonnance de non-lieu ou d'un acquittement est transféré en province, on ne sait rien, absolument rien de lui; s'il est calme, en apparence inoffensif, on le remet en liberté, sans savoir ce qu'il va devenir, et sans savoir s'il n'est pas capable de commettre de nouveau le même délit ou le même crime que celui pour lequel il a été arrêté.

M. Petit. Cela est malheureusement vrai. Il m'arrive souvent des aliénés par la prison. Je ne sais rien d'eux. Il faut que j'aille moi-même aux renseignements. Les préfets devraient être tenus de ne pas permettre le passage d'un aliéné de la prison à l'asile, sans donner communication du dossier.

M. Lunier. Ces communications des dossiers judiciaires sont contraires à la loi; les magistrats se refusent à les faire.

M. Petit. Je demande formellement que ce soit un droit pour le médecin, qu'il soit toujours informé des antécédents de l'aliéné, et qu'une copie ou au moins un extrait des rapports d'experts, du dossier judiciaire lui soit communiqué.

M. Petrucci. On a fait à la loi un reproche qu'elle ne mérite pas. Il suffit de demander ces renseignements aux magistrats, ils nous les donnent toujours quand nous les leur demandons.

M. Lunier. On ne devrait pas avoir besoin de les demander; mais je crois qu'il serait possible d'arriver à une entente, il suffirait d'une circulaire du Garde des sceaux.

M. Barbier, *conseiller à la Cour de cassation*, *président de la Commission de surveillance des asiles d'aliénés de la Seine*. Il faudrait évidemment que la question fût étudiée par les Ministres de la justice et de l'intérieur, et qu'elle fût tranchée par eux.

Messieurs, cette question est grave; je ne prétends pas vous apporter une solution, je n'ai pas pu encore l'étudier dans ses détails, mais il y a une chose qui me frappe, c'est que les droits de la société ne sont pas moindres que ceux de l'individu. Eh bien! voilà un aliéné qui a commis un crime ou un délit; il est irresponsable, il est placé dans un asile d'aliénés; pourquoi le remettre en liberté, s'il reste un danger permanent pour la société? La société a le droit de se préserver, et c'est au nom d'un intérêt social qu'on doit maintenir dans

l'asile un homme capable de commettre de nouveaux méfaits dès que la liberté lui sera rendue.

On nous dit que les sorties ont lieu très facilement, parce que l'Administration est insuffisamment renseignée. Mais c'est une pratique désastreuse. Il faut absolument que les préfets soient renseignés, et qu'ils ne statuent sur les demandes de sortie qu'en parfaite connaissance de cause. Croyez-bien, Messieurs, que les préfets ne refuseront jamais les renseignements qu'on leur demandera. Il est bon, il est juste, il est nécessaire que les préfets aient à leur disposition les dossiers qui justifient la mesure de l'internement.

De deux choses l'une, lorsqu'il s'agit des sorties de ces aliénés dangereux : ou l'aliéné ne guérit pas, et alors il ne peut y avoir de difficulté à le maintenir dans l'asile; ou bien il guérit, et alors le chef de service dit : « Je déclare que cet homme ne doit plus être maintenu. » Mais si, ce qui peut arriver souvent, il n'est pas absolument sûr de la guérison, s'il n'y a qu'une amélioration, le médecin va se trouver dans une situation délicate, sa conscience peut avoir de l'hésitation; il peut se dire : je crains que cet homme ne redevienne malade, qu'il n'ait des rechutes. Que va-t-il faire ? Prendre seul la responsabilité de provoquer la sortie, ou de maintenir le malade ? Il restera en présence de ces hésitations, et je comprends qu'il puisse regretter que sa responsabilité ne soit pas partagée. J'ai eu une idée que je vous soumets, je vous déclare qu'elle n'est pas suffisamment mûrie encore, que je ne l'ai pas suffisamment envisagée sous toutes ses faces, mais cependant je crois qu'elle peut être développée : Ne serait-il pas possible de former une commission composée d'hommes de science, d'administrateurs, de magistrats; la situation de cette catégorie d'aliénés serait étudiée par elle, et quand les médecins viendraient dire : cet homme qui paraît guéri est dans un état de suspicion légitime de rechute, la commission déciderait qu'il y a lieu de surseoir à la sortie.

Toute la question est là : l'aliéné dont on demande la sortie est-il ou n'est-il pas susceptible de rechutes? Je dis que, quand un de ces aliénés a commis un crime, le rendre à la liberté *de plano*, parce que les symptômes généraux sont disparus, est une détermination excessivement grave.

M. Marchant. Nous nous trouvons en présence de sérieuses difficultés, et il faut bien le dire, elles nous viennent de la famille, de l'intervention de médecins peu au courant des maladies mentales. Voici un fait qui m'est personnel : Un homme, il y a vingt ans, tua un de ses amis dans un accès d'aliénation mentale. Son délire était d'une constatation difficile. Après dix-huit ans de séquestration dans un asile, sa famille s'adressa au préfet du département et demanda sa sortie. Je fus consulté par le préfet, et je répondis que la sortie était dangereuse. Le malade fut maintenu d'office. La famille s'adressa alors au procureur de la République, qui nomma trois médecins de la ville, absolument incompétents. Ils virent l'aliéné, sans me demander mon avis, et déclarèrent que l'aliéné était guéri, qu'il pouvait sortir. Le tribunal allait trancher la question dans ce sens, quand le procureur de la République fit observer qu'il était étrange que le médecin qui connaissait le mieux l'aliéné n'eût pas été consulté; je fus appelé à donner mon avis, je fournis des ren-

seignements, j'expliquai pour quelles raisons j'étais en droit d'affirmer que cet homme n'était pas guéri, et le malade fut maintenu.

M. Petrucci. Je ne trouve pas là une difficulté sérieuse. Il est bien évident que le chef de service cherche à sauvegarder sa responsabilité; il sera toujours très désireux de se mettre à l'abri derrière une commission qui prendra des déterminations en son lieu et place.

M. Marchant. M. le président Baillarger nous disait hier que la Société de médecine légale avait rendu plus faciles les rapports entre les médecins et les magistrats. Cela est peut-être vrai à Paris, mais malheureusement il n'en est pas ainsi partout. Il y a des préventions souvent très vives, nos avis sont soupçonnés de parti pris. Voilà ce qui bien souvent empêche les magistrats de faire appel aux lumières des médecins-aliénistes. Cependant cet accord, ce partage de responsabilité me paraît une idée si heureuse que je désirerais la voir sanctionnée par une loi.

M. Petit. J'ai été très frappé de ce que disait hier M. Billod: «J'aime mieux disait-il, commettre une illégalité que de provoquer une sortie prématurée, ou qui expose au danger d'une rechute.» Il n'y a pas là d'illégalité, c'est une hésitation, et, dans ce cas, n'ayant pas une certitude scientifique, le médecin a le droit de maintenir; quant à moi, je maintiens.

M. Lunier. M. Billod, je le répète, ne viole pas la loi quand il maintient un aliéné en rémission.

Je répondrai maintenant à M. Marchant: il nous dit qu'il y a un danger à faire intervenir les médecins étrangers à la spécialité dans le jugement de ces cas difficiles; cela est vrai, mais il n'est pas impossible de trouver, dans la plupart des cas, des médecins compétents. Il y a d'autres difficultés qu'il n'a pas signalées, en voici une : vous recevez pour la quatrième ou la cinquième fois un dypsomane, il est guéri de son accès, mais vous savez à n'en pas douter qu'il en aura un autre dans un temps plus ou moins prochain; gardez-le dans l'asile, vous en avez le droit.

M. Leblond. Jusqu'à quand?

M. Lunier. Je vais répondre; mais auparavant je voudrais dire un mot du mode de maintenue de ces aliénés dits «criminels». Ces individus qui ont passé devant les tribunaux sont, en général, plus difficiles que les autres malades. Ils sont indisciplinés, complotent des évasions, mettent le désordre dans les établissements. Aujourd'hui nos asiles ne sont plus aussi rigoureusement fermés; le travail dans les champs, la liberté dans une mesure compatible avec l'état des malades, sont des mesures d'humanité, de progrès généralement appliquées. Les aliénés dits «criminels» ne peuvent en jouir sans danger, il faut pour eux des mesures et une surveillance spéciales. Nous devons réclamer un mode d'internement qui soit plus sévère que pour les autres malades.

M. Lasègue. Vous visez dans votre discussion les aliénés des asiles, mais comment ferez-vous pour les aliénés des maisons privées? Placer l'aliéné in-

digent, c'est un acte charitable dont la famille vous sait gré, qu'elle vous demande avec prière. Pour l'aliéné riche, le placement est un acte hostile, contre lequel un jour ou l'autre la famille protestera. Comment ferez-vous pour empêcher la sortie?

M. Delasiauve. C'est une chose extrêmement difficile.

M. Lasègue. La difficulté, elle est surtout dans la pérennité de la mesure. Vous allez presque jusqu'à l'injustice. Voilà un misérable qui a commis un crime, il est condamné à dix ou quinze ans de travaux forcés; voilà un aliéné qui a commis le même crime, vous allez épuiser sur lui toutes vos rigueurs : le premier est condamné à temps, le second est condamné à toujours.

M. Lunier. Je n'ai pas dit cela : je ne prétends pas que cet aliéné ne doive jamais sortir des asiles; ce que je ne veux pas, c'est qu'il en sorte trop facilement. Je voudrais qu'il y eût une jurisprudence uniforme; c'est pour éviter l'hésitation, l'embarras des chefs de service, que nous demandons qu'on ne reste pas dans le *statu quo*, qui est déplorable.

M. Lasègue. C'est là que se lève la question de l'intervention de la magistrature. Il est de loi que le magistrat n'intervienne que quand il a affaire à un homme *compos sui*. En dehors de cela, le magistrat se désintéresse, son intervention n'est plus motivée, et je suis absolument hostile à cette intervention. Faites si vous voulez une commission qui présidera à la sortie, donnez-lui si vous voulez une certaine solennité, soit; mais ne faites pas autre chose.

M. Lunier. Ce que nous voulons précisément, c'est que les aliénés dangereux ne puissent pas sortir trop facilement. Dans beaucoup de départements les préfets, les conseils généraux sollicitent des sorties, pèsent sur le médecin; dans d'autres, les choses ne se passent pas de même : ici un fonctionnement régulier, là de véritables abus. Il faut tout ramener à des mesures uniformes et faire disparaître un état de choses mauvais et dont on se plaint à bon droit.

M. Barbier. M. Lasègue a dû se méprendre sur l'opinion des magistrats; ils n'ont rien à prononcer, quant à l'internement, ce n'est pas leur affaire, et je suis convaincu qu'ils se verraient avec regret investis de ce pouvoir nouveau. C'est à la science seule qu'il appartient de se prononcer. Quand le magistrat rend une ordonnance de non-lieu, ce n'est pas à lui de se dire : cet homme est-il oui ou non un danger pour la société? C'est au médecin qu'il faut poser la question, c'est à lui qu'il appartient de la résoudre. Je dis que s'il y a supposition de rechute, le médecin doit singulièrement hésiter; c'est à ce moment que je verrais un mode d'intervention utile pour une commission mixte; elle se poserait la question suivante : Tel individu est-il suspect de rechute? Si oui, ajournons la sortie. Indéfiniment? Non; dans six mois, dans un an, elle examinera de nouveau; de cette façon la société sera préservée. Elle a le droit et le devoir de se protéger. Qu'il y ait des difficultés de détail, cela est possible, elles seront étudiées en commun. Mais croyez-bien, Messieurs, qu'il ne saurait entrer dans l'esprit des magistrats de vouloir les trancher seuls. Ils seraient peu flattés de ces attributions nouvelles. Si la loi était remaniée, et je ne le

crois pas nécessaire, ils obéiraient à la loi qui les leur imposerait; mais ce n'est pas là ce qu'ils demandent, ce qu'ils cherchent.

M. Lasègue. C'est là qu'est la qualité de la proposition : bureau d'examen, commission de discussion, oui; tribunal, non.

M. Lunier. Telle est l'opinion que nous avons soutenue, mais il y a lieu de la faire figurer dans la loi.

M. Constans. L'assemblée est-elle d'avis de formuler dès maintenant un vœu?

M. Barbier. Voter maintenant, ce serait bien prématuré, mais n'y aurait-il pas lieu de constituer une commission qui étudierait la question?

M. Lasègue. Il y a à examiner: 1° Quel est le mode d'internement qu'on appliquera à cette catégorie d'aliénés? 2° Adoptera-t-on pour eux la méthode anglaise des asiles spéciaux, laissera-t-on ces aliénés dans les asiles ordinaires, en enlevant au médecin son initiative pour demander la sortie? 3° Créera-t-on une commission mixte qui sera chargée de décider de l'opportunité ou non de la sortie?

L'assemblée consultée décide que la discussion sera continuée, et qu'une séance supplémentaire sera tenue demain 7 août, à 2 heures.

SÉANCE PLÉNIÈRE DU MARDI 6 AOÛT 1878.

PALAIS DES TUILERIES (PAVILLON DE FLORE).

PRÉSIDENCE DE M. LE Dr BAILLARGER.

Sommaire. — Adoption du procès-verbal de la séance précédente : M. Billod. — **Administration des asiles, législation, statistique.** — Statistique de l'infirmerie spéciale de Gaillon, par M. Hurel. — De la capacité civile des asiles d'aliénés d'origine départementale, par M. Rousseau. — De la meilleure manière d'établir la statistique des causes de l'aliénation mentale, par M. Hack-Tuke. — Sur un projet de publication administrative des statistiques d'asiles d'aliénés, par M. Guignard. — Résultats obtenus dans les colonies de Fitz-James et de Villers, par M. Labitte. — Observation de M. Lunier à propos de la communication de M. Hurel.

La séance est ouverte à 4 heures.

Le procès-verbal de la séance précédente, lu par M. Ritti, *secrétaire*, est mis aux voix et adopté.

M. Billod. Je demande la permission de parler sur le procès-verbal.

M. le Président. Parfaitement, mais quelques mots seulement; il ne faudrait pas qu'il y eût de discussion, cela dérangerait notre ordre du jour.

M. Billod. Je demande la parole au sujet d'une observation présentée à la dernière séance, par M. le Dr Lunier, à la suite de la communication que j'ai faite. Cette observation me paraît erronée.

Voici ce dont il s'agit :

J'avais dit que du moment où le médecin avait cru devoir ordonner la sortie hors de l'asile d'un aliéné guéri, ce dernier ne pouvait y être maintenu.

M. Lunier déclara alors que c'était une erreur; que le préfet pouvait, dans ce cas, s'opposer à la sortie, ou tout au moins ordonner qu'il soit sursis à la permission de sortie accordée par le médecin.

Or, je croyais assez connaître la loi pour pouvoir affirmer qu'il y avait là une erreur; mais, pour plus de certitude, j'ai eu recours au texte.

Or, je n'y trouve aucune disposition qui confirme le dire de M. Lunier; mais, par contre, j'y trouve un article 21, qui déclare que :

«A l'égard des personnes dont le placement aura été volontaire, et dans le cas où

leur état mental pourrait compromettre l'ordre public ou la sûreté des personnes, le préfet pourra, dans les formes tracées par le deuxième paragraphe de l'article 18, décerner un ordre spécial, à l'effet d'empêcher qu'elles ne sortent de l'établissement sans son autorisation, si ce n'est pour être placées dans un autre établissement.»

Il est évident qu'il s'agit d'aliénés non guéris, dont l'état mental inspire actuellement des craintes motivées, et non pas de ceux pour lesquels une guérison apparente engage jusqu'à un certain point la responsabilité du médecin en chef et justifie sa préoccupation, encore moins de ceux qui sont considérés comme guéris.

M. le Président. Cela me paraît être de la discussion; or, vous savez que nous avons nombre de lectures à entendre dans la séance d'aujourd'hui, et toute discussion me paraît impossible ici; M. Lunier va vouloir répondre, comme ce serait son droit, à vos observations; vous-même répondriez à M. Lunier, et de la sorte, il n'y a pas de raison pour que cette question incidente n'occupe toute la séance au détriment de l'ordre du jour.

Je crois qu'il serait préférable que vous voulussiez bien attendre, pour répondre, les séances qui précèdent nos réunions générales et qui sont réservées surtout à ce genre de discussion.

M. Billod. Je me range à l'avis de M. le Président, et je ferai comme il vient de le dire.

M. le Président. Je donne la parole à M. le Dr Hurel pour la lecture d'un Mémoire.

QUARTIER DES CONDAMNÉS ALIÉNÉS

ANNEXÉ À LA MAISON CENTRALE DE GAILLON.

ÉTUDE STATISTIQUE PAR M. LE Dr HUREL.

M. Hurel, *médecin en chef de l'infirmerie spéciale de la maison de* (*Gaillon Eure*). Messieurs, le 17 mai 1876, les portes du quartier d'aliénés annexé à la maison centrale de Gaillon ont été ouvertes aux détenus aliénés condamnés à plus d'un an et transférés, jusqu'alors, dans les asiles les plus rapprochés des établissements pénitentiaires.

En créant ce quartier, l'administration supérieure a eu pour but de concilier les exigences de l'humanité avec les nécessités de la répression pénale.

Elle a été frappée des inconvénients résultant de l'envoi des condamnés aliénés dans les établissements consacrés au traitement des affections mentales, pour deux motifs principaux :

D'abord, parce que ces établissements d'aliénés n'offrent pas de garanties suffisantes, au point de vue de la sûreté, pour renfermer des criminels souvent dangereux, qui parfois simulent la folie afin de s'évader, ou tout au moins de se soustraire à la rigueur du régime pénitentiaire;

En outre, parce que le contact de cette catégorie d'individus est évidemment de nature à blesser la susceptibilité légitime des familles des pensionnaires libres des maisons d'aliénés.

Quant aux épileptiques non aliénés, très peu d'établissements hospitaliers pouvant être contraints à les recevoir, elle a voulu leur assurer un refuge en rapport avec leur malheureuse situation.

Avant la création de ce quartier, si ces épileptiques n'étaient pas fous, ils étaient destinés à passer tout le temps de leur condamnation au milieu des autres détenus, à vivre de la vie commune; et comme ils étaient souvent un objet de trouble, on devait, par mesure de prudence, les maintenir en cellule quelquefois pendant presque toute la durée de leur peine.

L'Administration a donc ordonné le placement, dans le quartier spécial de Gaillon, des aliénés ou épileptiques condamnés à plus d'un an, autres que ceux qui sont simplement atteints de démence sénile, dont le séjour ou le maintien dans les maisons centrales serait de nature à présenter des dangers sérieux pour l'ordre et la discipline.

Dans le cas d'extrême urgence, intéressant la sûreté des personnes ou des établissements, et où il y aurait péril à attendre sa décision, les préfets sont autorisés à ordonner le placement des malades dans l'asile le plus voisin.

Depuis plus de deux ans le quartier fonctionne; il y a lieu de présumer qu'il suffira pour tous les détenus aliénés et épileptiques, si l'on a soin de n'y admettre ni les condamnés simplement atteints de démence sénile, ni les faibles d'intelligence dont le maintien dans les maisons centrales ne présente pas de danger pour l'ordre et la discipline, ni les épileptiques non dangereux et à attaques rares.

S'il ne peut être donné comme un établissement modèle, il remplit très convenablement le but que l'Administration s'est proposé pour donner satisfaction à un besoin reconnu depuis longtemps.

Il y a encore certains desiderata, mais ils ne portent que sur des questions de détail et tendent à disparaître chaque jour.

Il a déjà fait ses preuves, il a servi à démasquer un certain nombre de cas d'épilepsie simulée, qui ont moins de tendance à se reproduire depuis qu'il est connu et qu'il commence à entrer dans les habitudes.

Le travail agricole est en bonne voie d'organisation. Les aliénés qui ne peuvent y être employés sont occupés à faire de la tresse de jonc.

Pour les épileptiques, le travail consiste dans le rempaillage des chaises.

Si, au début, on a reçu un certain nombre de détenus dont les directeurs de maisons centrales avaient hâte de se débarrasser à la première occasion, depuis un an, on doit le dire, grâce aux avertissements sévères de l'administration supérieure, nous n'avons plus vu ces abus se renouveler.

Le contrôle du service sanitaire se trouve assuré par l'envoi périodique, à l'administration centrale, d'un état relatif aux détenus placés dans le quartier.

Le régime économique d'ordre et de police est déterminé par le règlement spécial suivant, du 19 février 1876, dans lequel se trouvent combinées certaines prescriptions disciplinaires en vigueur dans les établissements de répression, avec des dispositions particulières aux établissements d'aliénés.

RÈGLEMENT

POUR LE QUARTIER AFFECTÉ AUX CONDAMNÉS ALIÉNÉS.

Art. 1er. Le quartier fait partie intégrante de l'établissement pénitentiaire de Gaillon. Il est spécialement réservé aux hommes condamnés à plus d'un an, atteints d'aliénation mentale. Les hommes condamnés à plus d'un an, atteints d'épilepsie, peuvent également y être placés, bien qu'ils ne soient pas aliénés.

Aucun détenu ne peut être admis dans ce quartier, ni, après admission, en être extrait avant sa libération, qu'en vertu d'une autorisation ministérielle.

Art. 2. Lorsqu'un condamné aliéné a été placé au quartier spécial, et dès la réception de l'autorisation ministérielle donnée à cet effet, si, par son domicile de secours, l'homme n'appartient pas au département de l'Eure, le préfet de ce département prend les mesures nécessaires pour la recherche du domicile de secours, et notifie le résultat de ces recherches au directeur de la maison centrale, qui en fait mention en regard de l'écrou du condamné et sur son extrait judiciaire.

Art. 3. Dans le cas où la guérison n'aurait pas été obtenue à l'époque de la libération, l'aliéné est, en vertu de décision ministérielle prise sur les propositions transmises par le préfet, deux mois au moins avant la date de la libération, soit mis en liberté, soit remis à sa famille ou aux personnes ou institutions charitables qui auront offert de s'en charger; soit transféré, aux frais de qui de droit, dans l'asile du département auquel il appartient par son domicile de secours.

Si, au jour de la libération, l'aliéné ne peut, pour cause de maladie grave, être mis ou transporté hors de la maison centrale, il est statué, par une décision spéciale, sur son maintien dans l'établissement jusqu'à ce que la cause de ce maintien ait disparu, pour, ce moment venu, être procédé à sa sortie ainsi qu'il est dit au paragraphe précédent.

Art. 4. Le quartier d'aliénés est placé sous l'autorité du directeur de la maison centrale, de la même manière que les autres parties de l'établissement pénitentiaire, sauf les modifications résultant des articles 6, 12, 14, 15, 17 et 19 ci-après.

Art. 5. Les écritures administratives et médicales prescrites pour les infirmeries et le service de santé sont tenues séparément pour le quartier d'aliénés, tant par les fonctionnaires et employés de l'administration que par ceux des services spéciaux.

Art. 6. En cas de dissidence entre le directeur et le médecin sur l'opportunité de mesures exigeant leur concours réciproque, les choses demeurent en l'état, et le directeur en réfère immédiatement au préfet, qui adresse ses propositions au Ministre.

Dans le cas d'urgence, le préfet statue et rend compte au Ministre des décisions qu'il a prises.

Art. 7. Un premier gardien et un nombre de gardiens ordinaires, déterminé par le Ministre, sont spécialement affectés, sous les ordres du gardien-chef, au service de garde et de surveillance du quartier d'aliénés.

Il y est également attaché un nombre suffisant d'infirmiers choisis parmi les condamnés valides.

Art. 8. Le médecin de la maison centrale est seul chargé de diriger le service de santé, et donne, à cet effet, des ordres au pharmacien.

Art. 9. Le cahier des visites (modèle n° 4, annexé au règlement du 5 juin 1860) est soumis, chaque jour, au visa du directeur.

Art. 10. Lorsque le médecin estime qu'un détenu est guéri de l'affection mentale qui aurait motivé son admission au quartier, il constate le fait dans un rapport spécial qu'il remet au directeur, lequel prend les ordres de l'autorité supérieure sur la destination à donner au détenu.

Art. 11. En cas de décès d'un aliéné, il est procédé, suivant les instructions en vigueur, comme pour les décès survenus dans les maisons centrales.

Art. 12. Le régime disciplinaire des maisons centrales est applicable au quartier spécial, sauf, pour les condamnés aliénés seulement, les exceptions et modifications ci-après :

1° Les articles 1 et 2 de l'arrêté du 10 mai 1839 ne sont pas obligatoires.

2° Le directeur peut, sur la proposition du médecin, admettre dans la cantine et dans les dépenses accidentelles des détenus, des aliments ou des objets pris en dehors de ceux compris aux nomenclatures annexées à la circulaire du 4 août 1875. Cette faculté ne s'étend pas toutefois aux boissons prohibées par l'article de l'arrêté de 1839.
Il peut de même autoriser la vente de tabac à la cantine, au profit des détenus pour qui le médecin l'aura demandé par un rapport spécial.

3° Il n'est pas imposé de tâche de travail.

4° En cas d'infraction exigeant une répression immédiate, les punitions réglementaires sont, conformément au règlement d'attributions du 5 octobre 1831, infligées par le directeur ou l'inspecteur, après en avoir conféré avec le médecin, s'il est présent; s'il est absent, le directeur lui en donne avis dans les vingt-quatre heures.
Dans le cas où il peut être sursis à la punition jusqu'à ce qu'il ait pu être statué au prétoire, le médecin est convoqué pour l'audience de la justice disciplinaire et entendu dans ses observations, s'il croit devoir en présenter. Le directeur décide, et, en cas de désaccord, rend compte au préfet.

5° En dehors des personnes ayant, par le titre et la nature de leurs fonctions, accès dans la maison centrale et droit de se faire représenter les détenus, ceux-ci ne doivent être visités, même par les membres de leur famille ou leur tuteur, qu'après avis du médecin, sur la question de savoir si la visite peut avoir lieu sans exercer une influence fâcheuse sur l'état mental du condamné.

Art. 13. Le service divin est célébré, pour les détenus du quartier, dans la chapelle dépendant de ce quartier.

Art. 14. En dehors des offices des dimanches et fêtes, il ne peut être célébré d'offices extraordinaires à la chapelle qu'en vertu d'autorisation spéciale, délivrée par l'autorité supérieure, sur avis du médecin et rapport du directeur.

Art. 15. Les aliénés autorisés, à cet effet, par le médecin assistent seuls aux offices; il en est de même pour les épileptiques.

Art. 16. Le régime alimentaire des malades est en tout semblable à celui de l'infirmerie de la maison centrale.
Pour les valides, il se compose du régime des condamnés en santé et des suppléments portés au tableau annexé au présent règlement.

Art. 17. Les condamnés aliénés et épileptiques qui ne possèdent pas au pécule de ressources suffisantes pour se les procurer à la cantine, reçoivent gratuitement le pain et les autres vivres supplémentaires dont la distribution est, sur avis du médecin, autorisée par le directeur.

Il est distribué, s'il y a lieu, dans les mêmes conditions, des vivres de remplacement aux condamnés aliénés.

Art. 18. Sauf pour les gâteux, l'habillement et le coucher sont les mêmes qu'à la maison centrale.

Art. 19. Les détenus sont, autant que le permettent leur force et leur aptitude constatées par le médecin, pour chacun d'eux en particulier, appliqués à des travaux industriels ou agricoles. Les prix de main-d'œuvre sont réglés par des tarifs provisoires ou définitifs, arrêtés conformément aux instructions en vigueur. Le produit du travail est réparti suivant les règles établies par l'ordonnance du 27 décembre 1843 et l'arrêté du 25 mars 1854.

Fait à Paris, le 19 février 1876.

Le Vice-Président du Conseil, Ministre de l'Intérieur,

Signé : L. Buffet.

TABLEAU DU RÉGIME ALIMENTAIRE DES VALIDES.

La ration journalière de pain est de 700 grammes; il pourra y être ajouté un supplément sur la proposition du médecin.

Dimanche et jeudi.	matin....	Soupe grasse de la détention.
	midi.....	Raisiné ou pruneaux ou salade.
	soir.....	Le repas (pitance et viande) de la détention.
Lundi..........	matin....	Soupe de la détention plus un demi-litre de lait ou une ration de fromage variant, suivant l'espèce, de 60 à 75 grammes.
	midi.....	Fromage d'Italie ou autre charcuterie, 90 grammes.
	soir.....	La soupe et la pitance de la détention.
Mardi..........	matin....	Comme le lundi.
	midi.....	Ragoût de bœuf ou de mouton (75 grammes) avec légumes.
	soir.....	La soupe et la pitance de la détention.
Mercredi.......	matin....	Comme le lundi.
	midi.....	Viande de porc salé (75 grammes).
	soir.....	La soupe et la pitance de la détention.
Vendredi.......	matin....	Soupe maigre comme le mardi.
	midi.....	Morue cuite (90 grammes) assaisonnée aux oignons, huile et vinaigre.
	soir.....	La soupe et la pitance de la détention.
Samedi........	matin....	Comme le lundi.
	midi.....	Comme le mercredi.
	soir.....	La soupe et la pitance de la détention.

Pour boisson, du cidre, du vin coupé ou de la petite bière (un demi-litre par jour, distribué en deux fois).

Vu pour être annexé au règlement du 19 février 1876 pour l'administration et le régime du quartier d'aliénés dépendant de la maison centrale de Gaillon.

Le Directeur de l'Administration pénitentiaire,

Signé : Choppin.

Pour copie conforme :

Le Secrétaire général,

Signé : Saint-Quentin.

Ces renseignements, je pense, vous donneront une idée suffisante de l'organisation et du fonctionnement du quartier, dont on a pu voir le plan en relief à l'Exposition.

En ce qui concerne sa description complète, ne voulant pas abuser de votre temps ni de votre bienveillante attention, je renverrai au travail que j'ai publié dans les *Annales médico-psychologiques*.

J'aborderai donc maintenant l'étude statistique du quartier.

ÉTUDE STATISTIQUE.

Depuis l'installation du quartier jusqu'au 1er juin dernier, c'est-à-dire pendant une période de deux années, voici quel a été le mouvement de la population :

136 condamnés ont été reçus, dont :
- 82 aliénés.
- 54 épileptiques.

9 aliénés sont décédés.
14 ont été transférés dans un asile à l'époque de leur libération.
2 n'ayant donné aucun signe d'aliénation ont été renvoyés en maison centrale.
18 épileptiques sont sortis par libération.
19 ont été réintégrés en maison centrale, soit comme simulateurs ou comme n'ayant pas eu d'attaques.

Il restait donc au 1er juin :

- 57 aliénés.
- 17 épileptiques.

Aliénés. Les 82 détenus envoyés au quartier, comme étant aliénés, doivent être classés ainsi qu'il suit, d'après la forme de l'aliénation mentale :

Manie	9	
Lypémanie générale	4	
Lypémanie avec hallucinations	5	
Lypémanie avec hallucinations et délire de persécution	18	
Lypémanie avec hallucinations, délire de persécution et idées de suicide	7	
Mégalomanie	1	
Démence simple	18	
Démence sénile	2	
Folie paralytique, paralysie générale et démence paralytique	11	
Faiblesse intellectuelle	3	dont 1 choréique.
En observation	2	
N'ayant pas donné de signes d'aliénation mentale	2	

Des deux détenus réintégrés dans une maison centrale, comme n'ayant pas

présenté des symptômes d'aliénation mentale, l'un avait été indiqué par le médecin de l'établissement d'où il vient : « sans nécessité de transférer. »

L'autre, signalé comme « querelleur, hargneux, criant, aimant la contradiction, opiniâtre à ne pas obéir, à ne pas travailler, quand il a mis dans sa tête de ne pas le faire; il s'attire des punitions comme par manie, préférant subir une répression, même le cachot, que de céder; âgé de cinquante-sept ans, cette conduite étrange ne peut s'expliquer que parce qu'il doit agir sans discernement, » est, comme je le disais dans mon premier rapport bi-mensuel, un détenu doué d'une organisation défectueuse, mauvaise tête comme on en rencontre beaucoup dans les prisons.

Comme on le voit, la forme lypémaniaque prédomine, et, avec la démence, le délire de persécution.

C'est là un résultat qui ne saurait surprendre.

Le détenu est un type à part: c'est un véritable anomalien; il est généralement dominé par l'idée de persécution. Sa réponse favorite, comme défense, lorsqu'il est traduit au prétoire est : « On me cherche. »

Chez lui existe un tempérament spécial, une organisation mentale en vertu de laquelle certaines actions, qui ne sont qu'étranges dans la prison, seraient insensées dans la vie ordinaire, comme l'a fort justement écrit le Dr Nicholson, dans sa remarquable étude de psychologie criminelle, dont j'ai pu vérifier déjà en grande partie l'exactitude.

On ne saurait dire que, parmi la population des prisons, la similitude des destinées malheureuses rapproche et rend compatissant.

On y rencontrera, comme dans les asiles d'aliénés, des tranquilles, des semi-tranquilles, des agités et des incurables.

Comme le disait dernièrement, à la Société médico-psychologique, le docteur Bourdin (28 janvier 1878) : « L'aliénation mentale ne supprime pas l'homme moral et intellectuel. Elle le trouble et le modifie en sens divers, sans anéantir en lui les facultés fondamentales et constitutives de l'essence humaine.

« Sous le manteau de l'aliénation mentale, ajoute-t-il, on retrouve l'homme avec ses qualités, ses défauts, ses vices, ses vertus. »

Ces paroles ne sauraient mieux s'appliquer qu'aux détenus devenus aliénés.

Leur folie offre en effet, comme vous le savez, une physionomie à part et certains caractères particuliers qui ne sont, pour ainsi dire, que l'exagération psychologique du détenu à l'état normal.

Les détenus aliénés sont turbulents, ont souvent la menace sur les lèvres et se livrent volontiers à des voies de fait.

On retrouve chez eux ces jalousies, ces haines, ces coteries que l'on rencontre fréquemment dans les maisons centrales, où chacun se déchire, se décrie, se fait le délateur de son voisin, avec ruse et hypocrisie, soit par nature, soit le plus souvent dans le but de s'attirer les bonnes grâces de tel gardien ou de tel employé, prédisposés parfois l'un et l'autre à adopter le système d'espionnage, triste moyen de discipline que tout directeur doit à tout jamais empêcher.

Aussi doivent-ils être l'objet d'une surveillance active, je dirai même sévère.

Comme le Dr Orange, je crois que la discipline à laquelle il faut les astreindre doit être conforme à leur disposition naturelle, afin de protéger les surveillants et de préserver les aliénés moins corrompus de la funeste influence des endurcis.

Ces faits, sur lesquels je ne veux pas m'étendre davantage, ont été d'ailleurs signalés par plusieurs d'entre vous.

Je me contenterai, pour l'instant, de vous offrir des chiffres qui, surtout en ce qui concerne le début de la folie, ne seront pas sans avoir une certaine éloquence, et que vous pourrez interpréter d'après votre propre expérience.

Si l'on considère l'influence de l'âge, par rapport à la folie, on trouve :

16 individus âgés de	20 à	30 ans.
29	30	40
23	40	50
7	50	60
4	60	70
3	70	80

Ce résultat est conforme à la règle générale.

C'est à l'âge moyen de la vie, entre trente et quarante ans, que les affections mentales, chez l'homme, se montrent en plus grande fréquence.

Le tableau suivant montre les cas de folie plus fréquents parmi les détenus pour vols que dans toutes les autres catégories de la population prisonnière; viennent en second lieu les condamnations pour attentats à la pudeur, et ensuite celles pour rupture de ban et incendie.

Il devait *à priori* en être ainsi, parce que dans la population des prisons, le nombre des voleurs est toujours plus considérable que celui des condamnés pour crimes contre les personnes.

Ainsi, ont été condamnés pour :

Vols, détournements, faux, abus de confiance	20
Attentats à la pudeur	12
Rupture de ban	10
Incendie	8
Coups n'ayant pas occasionné la mort	6
Participation à une insurrection	5
Meurtre et assassinat	4
Désertion en présence de l'ennemi	3
Vagabondage	3
Viol et tentative de viol	2
Fabrication et émission de fausse monnaie	2
Voies de fait et outrages envers un supérieur militaire	2
Coups et blessures ayant occasionné la mort	1
Outrage public à la pudeur	1
Mendicité avec menaces et voies de fait	1
Outrages à un magistrat	1
Altération de clefs	1

Les condamnés à la prison ont fourni plus d'admissions que les condamnés à la reclusion; on a :

Condamnés	à la prison	38
	à la reclusion (dont 2 à la reclusion perpétuelle).	30
	à la détention	7
	aux travaux forcés (dont 2 à 20 ans)	4
	à la déportation simple	2
	aux travaux forcés à perpétuité	1

Cette fréquence plus grande des admissions pour les condamnés à l'emprisonnement s'explique si l'on examine le dépouillement suivant des établissements pénitentiaires ayant envoyé des détenus au quartier, et qui indique deux maisons centrales seulement affectées aux reclusionnaires, ayant à elles seules envoyé 20 aliénés.

De plus, les condamnations à l'emprisonnement sont bien plus nombreuses que celles de la reclusion.

La maison centrale	de Melun a fourni	11 aliénés.
	de Beaulieu	9
	de Fontevrault	8
	de Gaillon	8
	de Landerneau	6
	de Nîmes	4
	de Loos	1
	d'Embrun	1
	d'Eysses	4
Le pénitencier de Casabianda		1
La maison de détention de Belle-Isle		2
La prison	d'Aix	1
	de Grenoble	1
L'hôpital du Val-de-Grâce		1

En outre, 23 condamnés aliénés sont venus de douze asiles où ils avaient été placés, soit avant l'ouverture du quartier, ou d'urgence, en attendant la décision de l'administration supérieure :

Bicêtre en a envoyé		4
L'asile	de Niort	4
	de Saint-Gemmes-sur-Loir	3
	du Bon-Sauveur de Caen	2
	de Mont-de-Vergues	2
	de Cadillac	2
	de Saint-Dizier	2
	de Lafont	1
	de Dôle	1
	d'Aix	1
	de la Cellette (Corrèze)	1

Sur ces 82 aliénés :

42 savent lire et écrire.
30 ne savent ni lire ni écrire.
4 ont reçu une instruction supérieure.
4 ont appris à lire et à écrire depuis leur entrée au quartier.
2 savent lire seulement.

L'examen de l'état civil donne les résultats suivants :

Célibataires	53
Mariés	19
Veufs	8
Inconnus	2

On ne saurait ici tenir compte de l'influence du célibat qui a été signalé comme cause de prédisposition générale à l'aliénation et comme étant la règle parmi la population ordinaire des asiles.

Dans les maisons centrales les célibataires sont en forte majorité.

39 détenus aliénés ont subi des condamnations antérieures :

1 a subi	23	condamnations dont	3 au-dessus d'un an.
1 —	14	—	1
1 —	13	—	6
1 —	13	—	3
1 —	13	—	2
1 —	12	condamnations au-dessous d'un an.	
1 —	11	condamnations dont	1 au-dessus d'un an.
1 —	9	—	6
1 —	9	—	2
2 ont subi	9	—	1
1 a subi	8	—	1
1 —	7	—	4
1 —	7	—	1
1 —	6	—	2
1 —	6	—	1
1 —	6	condamnations au-dessous d'un an.	
1 —	5	condamnations dont	1 au-dessus d'un an.
1 —	4	—	1 à 5 ans de reclusion et 3 au-dessous.
1 —	4	—	1 au-dessus d'un an.
1 —	4	—	1 à un an.
2 ont subi	4	condamnations au-dessous d'un an.	
1 a subi	3	condamnations dont	2 au-dessus d'un an.
1 —	3	condamnations au-dessous d'un an.	
1 —	2	condamnations dont	1 à un an.
4 ont subi	2	condamnations au-dessous d'un an.	
1 a subi	2	condamnations dont la durée n'est pas indiquée.	
1 —	1	condamnation à trois ans de prison.	
1 —	1	condamnation à un an.	

4 ont subi 1 condamnation au-dessous d'un an.
1 a subi 1 condamnation dont la durée n'est pas indiquée.
1 — 1 condamnation pour délit de chasse.

Parmi les reclusionnaires :

2 ont été condamnés à la reclusion perpétuelle.
6 — .... 10 ans.
6 — 8
3 — 7
5 — 6
8 — 5

Parmi les condamnés à la prison :

2 ont été condamnés à.. 10 ans.
1 a été condamné à.. 8
7 ont été condamnés à 5
3 — 4
3 — 3
9 — 2
3 — .... 18 mois.
3 — 15
6 — 13
1 a été condamné à.. 1 an 1 jour.

Parmi les condamnés aux travaux forcés :

1 a été condamné à perpétuité.
2 ont été condamnés à .... 20 ans.
1 a été condamné à.. 8
1 — 5

Détention :

2 ont été condamnés à .... 20 ans.
2 — 10
2 — 8
1 a été condamné à.. 5
2 ont été condamnés à la déportation.

L'énumération suivante fait connaître les diverses professions exercées avant la condamnation :

17 journaliers, terrassiers.
9 cultivateurs.
6 militaires.
4 représentants de commerce, employés, comptables.
4 cordonniers.
3 marchands ambulants.
3 ouvriers en fer.
2 bouchers.
2 chiffonniers.
2 cochers.
2 marins.
2 vacher, domestique.
1 agent d'affaires.

1 bijoutier.
1 brasseur.
1 brossier.
1 bûcheron.
1 charron.
1 cuisinier.
1 facteur de poste.
1 garçon d'hôtel.
1 gendarme retraité.
1 horloger.
1 jardinier.
1 maître d'hôtel garni.
1 mécanicien.
1 ouvrier fondeur.
1 ouvrier papetier.
1 peintre en décors.
1 professeur.
1 receveur municipal.
1 scieur de long.
1 tisserand.
5 sans désignation de profession.

En ce qui concerne l'étiologie, je n'ai de renseignements que pour 56 aliénés :

La prédisposition héréditaire est mentionnée chez :

7 détenus dont 5 ont fait des excès alcooliques;
2 ont fait des excès alcooliques et vénériens;
1 a fait des excès vénériens;
8 ont fait des excès alcooliques;
3 se livraient à l'onanisme;
2 ont fait des excès de toute nature;
7 ont eu des peines morales ou des chagrins domestiques causés par les désordres de leur femme;
1 a eu des chagrins domestiques et se livrait à l'alcoolisme;
8 sont indiqués comme ayant éprouvé un profond chagrin de leur jugement ou des circonstances qui l'ont amené; et, de plus, chez 2 on signale des excès soit vénériens, soit alcooliques;
6 ont eu à lutter contre la misère et ont commis des excès alcooliques;
3 sont signalés comme ayant eu une vie errante, vagabonde et de misère;
1 serait devenu fou par suite de l'influence de l'emprisonnement;
1 par la passion du jeu;

Chez :

1 on doit noter la diathèse scrofuleuse;
4 ont dû être influencés par les événements politiques auxquels ils prirent une part active;
1 atteint de chorée, a subi l'influence héréditaire : son père était choréique, son frère et son oncle du côté paternel ont des accidents nerveux.

Je ne possède de renseignements sur l'époque du début de la folie que pour 48 aliénés :

1 a été placé dans un asile d'aliénés pendant sa prévention, ainsi que l'indique l'extrait suivant du certificat médical d'envoi :

« D'après les renseignements émanés du parquet de Nancy, plusieurs des parents de Drost auraient été atteints d'affection mentale. Il a été lui-même interné, pendant sa prévention, dans un asile d'aliénés. Il a été condamné pour coups et blessures ayant occasionné la mort. »

1 a donné des signes de folie après son arrestation : « Son aliénation a commencé dans la maison d'arrêt d'Aix, » dit le certificat médical d'envoi;
3 avaient séjourné dans un asile avant leur arrestation :

L'un, Lechartier, a été à Bicêtre en 1858, à Sainte-Anne en 1868, à Vaucluse en 1872.

L'autre, Dier, s'est évadé de l'asile d'Évreux, où il avait été envoyé d'un asile de la Seine [1]. Il a été condamné depuis son évasion.

Le troisième, Renard Joseph, est indiqué comme :

« Lypémaniaque, poursuivi sans cesse par des idées de suicide. Étant en liberté, en 1871, il a déjà été traité comme tel, et a dû être envoyé à l'hospice de Saint-Yon [2]. »

3 étaient fous antérieurement à leur arrestation :

L'un vous est connu, c'est Postula; il a été, de la part de notre regretté confrère Berthier, l'objet d'une communication intéressante que l'on peut lire dans le numéro de janvier 1873, page 142 des *Annales médico-psychologiques.*

Les deux autres, Braquiet et Rolhoff, viennent de l'asile de Niort.

Au sujet du premier, le docteur Chasseloup, dans son certificat, dit :

« Il a servi en qualité de sous-officier dans la Commune. Sa famille prétend qu'il aurait donné des signes de folie antérieurement.

« Les excitations révolutionnaires ont pu causer l'évolution de la folie ou tout au moins l'aggraver. »

Pour le second :

« L'évolution de la folie, chez Rolhoff, paraît s'être produite vers le mois de janvier 1875; mais il était très vraisemblablement sous le coup de cette maladie depuis plusieurs années.

« Il y a tout lieu de penser que Rolhoff était déjà atteint lorsqu'il s'est emporté jusqu'à des voies de fait vis-à-vis un de ses chefs, pendant son service militaire. »

2, les nommés Botton et Duparc étaient atteints de paralysie générale avec symptômes très accentués lors de leur arrivée à la maison centrale de Gaillon et furent placés d'urgence au quartier d'aliénés.

Botton, condamné pour altération de clefs, y fut vu par MM. les docteurs Constans, inspecteur général, et Rousselin, médecin en chef de l'asile de Saint-Yon, peu de jours après.

Pour Duparc, les actes et le vol qui ont motivé sa condamnation indiquent déjà une atteinte sérieuse portée à l'ensemble des facultés psychiques.

On peut dire qu'à cette époque il était dans la période d'incubation de la paralysie générale, si même il n'en présentait pas tous les symptômes.

Voici le fait, extrait de la notice individuelle rédigée par le parquet :

« Le nommé Duparc ayant vu dans sa cour une vache détachée, lui a donné sur la tête, sans aucune raison, un coup de maillet qui l'a tuée. Après quoi il l'a ouverte et en a pris le foie; de plus, il a volé un certain nombre de carottes pour l'accommoder.

« Avant de tuer cette vache, Duparc avait menacé de mort le propriétaire de cet animal. »

1, le nommé Blatt, venant de l'asile de Lafont, condamné le 15 octobre 1860 par les assises de la Seine aux travaux forcés à perpétuité, pour homicide volontaire, était séquestré comme aliéné à Bicêtre le 21 novembre 1860, et le 23 février 1861, transféré à l'asile de Lafont.

[1] Communication du docteur Broc, directeur-médecin de l'asile d'Évreux.

[2] Certificat du médecin de la maison centrale de Melun.

1 est indiqué aliéné après la condamnation sans date précise.

17 sont signalés comme étant aliénés au moment de leur arrivée dans la maison centrale qui les a envoyés au quartier. Sur ces 17, 6 viennent d'une même maison centrale, sur 9 envoyés par elle; c'est là une coïncidence singulière que je crois devoir indiquer.

2 seraient devenus fous peu de temps après leur entrée dans la maison centrale, sans indication de date.

Pour

16 la folie a éclaté dans la prison au bout d'un temps plus ou moins long, savoir :

1 donna des signes de folie..................	4 jours	
1 —	5 semaines	
1 —	5 mois	
2 donnèrent des signes de folie..............	6 mois	
1 donna des signes de folie..................	11 mois	après
2 donnèrent des signes de folie..............	1 an	l'arrivée
1 donna des signes de folie..................	17 mois	à la prison.
4 donnèrent des signes de folie..............	2 ans	
1 donna des signes de folie..................	3 ans	
1 —	4 ans	
1 —	5 ans	

1 était choréique depuis dix ans avant sa condamnation.

Je n'ai pas compris dans cette énumération 4 des aliénés ayant participé à l'insurrection pendant la Commune et qui étaient déjà probablement frappés.

Le tableau qui précède offre une certain intérêt au point de vue médico-légal.

Il montre un certain nombre d'individus qui ont eu à subir une condamnation, alors que leur état mental devait les faire considérer comme irresponsables.

Pour dix au moins, il ne saurait y avoir de doute, ils étaient malades antérieurement à la détention et même au jugement.

C'est là une question qui a déjà été plusieurs fois soulevée et qui mérite une attention particulière.

Je dirai même plus : c'est un devoir d'humanité que de signaler ces faits ; et, comme l'a dit le Dr Sauze, «par le retentissement qu'on leur donne, chercher à les rendre plus rares à l'avenir».

9 aliénés sont décédés.

L'un, atteint de démence sénile, placé à l'infirmerie le jour de son arrivée, a succombé à une pneumonie; et, comme je le disais dans mon premier rapport bi-mensuel, «c'est un détenu qu'on a envoyé mourir au quartier et qu'il n'y avait pas lieu de transférer».

Un autre, atteint de démence paralytique à son entrée au quartier, ne pouvait faire aucun mouvement sans le secours d'un infirmier; il pouvait cependant encore se tenir assis, mais on était obligé de le lever, de le coucher et de l'habiller. Il est mort par marasme dû à la paralysie générale.

Un troisième, atteint de diarrhée lors de son arrivée au quartier, succombait un mois après à une entérite chronique.

Il était atteint de démence paralytique.

Un quatrième, venant de Corse, avait de l'œdème des membres inférieurs à son arrivée; placé immédiatement à l'infirmerie, il mourait, à la suite d'une méningite, cinq jours après.

Un cinquième succomba à une asphyxie par submersion.

Il se précipita dans un puits qui se trouve dans la cour d'entrée du quartier, après avoir brisé le cadenas fixé au couvercle de l'ouverture.

Les quatre autres succombèrent à des affections des centres nerveux.

Du reste, je dois signaler tout particulièrement qu'à part ces décès, l'état sanitaire depuis l'installation du quartier a toujours été bon.

Il y a eu quelques admissions à l'infirmerie, mais seulement pour des indispositions sans importance et de peu de durée.

Épileptiques. — Le nombre des épileptiques admis au quartier depuis son ouverture jusqu'au 1er juin a été de 52, parmi lesquels figurent deux qui, libérés après une première admission, sont rentrés une seconde fois par suite d'une nouvelle condamnation.

Sur ces 52 épileptiques :

12 ont été reconnus simulateurs;
12 y compris le dernier admis le 31 mai, n'ont pas eu d'attaques ou de vertiges;
28 ont eu des attaques plus ou moins fréquentes et, dans ce nombre, 3 ont eu, en outre, des vertiges.

De nos constatations il résulte que les crises nocturnes ont été plus fréquentes que pendant le jour.

Sur les 28 détenus observés pendant cette période de deux années, il s'est produit 502 crises pendant la nuit, et 282 seulement pendant le jour.

Il s'en est rencontré :

4 qui ont eu des accès exclusivement le jour;
10 plus souvent le jour;
3 exclusivement la nuit;
9 plus souvent la nuit;
2 en proportion égale.

Les attaques ont revêtu la forme franche. Il ne nous a pas été donné de voir le petit mal soit seul, soit combiné avec les grandes attaques.

Sur les douze simulateurs, j'en ai reconnu six comme étant simulateurs, après avoir assisté à leurs attaques.

Deux, voyant la fraude de leurs codétenus découverte, vinrent spontanément avouer qu'ils n'étaient pas épileptiques, et l'un disait que d'ailleurs il n'aurait pu lutter plus longtemps.

Les autres, dénoncés par leurs camarades, furent placés en cellule et fixés sur leur lit au moyen de la camisole de force. Au bout d'une journée ou deux de ce traitement rigoureux, ils finirent par avouer qu'ils n'avaient jamais été épileptiques; et tous, après avoir avoué, simulaient une attaque et signaient un certificat constatant leur aveu.

Un de nos plus habiles simulateurs avait antérieurement subi l'épreuve du fer rouge sans se laisser trahir; aussi demandait-il toujours que je m'assurasse de son insensibilité.

L'insensibilité de la peau peut donc, dans certains cas, n'être pas un signe infaillible.

Comme l'indique le Dr Delasiauve [1]:

Non seulement les spasmes nerveux présentent assez fréquemment des anomalies qui, obscurcissant le diagnostic, ne permettent pas de rejeter *à priori* les symptômes imités; mais encore l'épilepsie comporte des intermittences dont l'intéressé sait profiter pour choisir le moment le plus favorable à ses manœuvres, en tombant soit la nuit, soit en présence de personnes étrangères à la science médicale.

C'est ce que l'on a vu dans les commencements de l'installation du quartier : plusieurs simulateurs tombaient en même temps lorsqu'ils apercevaient des visiteurs; un jour dix tombèrent, les uns après les autres, en présence d'étrangers venus visiter le quartier.

Chez cinq, le mobile de la simulation était l'espoir qu'ils avaient d'être transférés dans un asile d'aliénés, afin d'améliorer leur existence et surtout de pouvoir s'évader.

Aussi, lors de leur arrivée dans l'établissement, grand fut leur désappointement lorsqu'ils se virent encore obligés de se soumettre à la discipline d'une maison centrale, et ils essayèrent un matin de se rebeller.

On n'a eu que ce seul acte de rébellion à constater depuis l'ouverture du quartier.

L'un, imitant plusieurs variétés d'accès, et ayant pu échapper au service militaire, avait passé par l'asile de Clermont, où il avoua au médecin qu'il simulait, et où plusieurs d'entre vous ont pu le voir: j'ai nommé Leininger.

Il a abusé longtemps de la crédulité publique : un jour, à Londres, il ramassa 500 francs à la suite d'une attaque simulée. C'était pour lui un métier.

Un autre espérait une remise de sa peine.

Deux pensaient, par suite de leur transfèrement à Bicêtre, pouvoir obtenir de faire leur surveillance à Paris.

Un cinquième espérait arriver à subir sa peine dans la prison du chef-lieu du département où il est né.

Un sixième croyait, en simulant, obtenir l'autorisation d'avoir du tabac.

Enfin le dernier, mis souvent au cachot pour défaut de tâche, avait eu l'idée de simuler, d'après les conseils d'un de ses codétenus, simulateur comme lui, afin d'être mis au repos.

Parmi les trois signalés comme ayant eu des attaques et des vertiges, l'un a été soigné à l'hospice Necker, et un certificat, signé du Dr Désormeaux, porte qu'il a été atteint «d'une fracture de vertèbres à la région cervicale, résultat d'une chute à la suite de laquelle il est resté sujet à des attaques d'épilepsie».

Chez les autres épileptiques ayant eu des attaques, au point de vue étiolo-

[1] *Traité de l'épilepsie*, p. 536.

gique, je trouve, soit d'après les renseignements indiqués sur les certificats, soit d'après ceux que j'ai pu me procurer, chez :

2, excès alcooliques;
1, excès alcooliques et vénériens, peur;
4, excès alcooliques, vénériens et syphilis;
1, excès alcooliques, onanisme, peur;
1, chute, blessure à la tête, frère et sœur morts épileptiques;
1, choréique avant d'être épileptique, onanisme;
1, violente colère, excès vénériens;
1, scrofuleux;
5, peur;
1, peur, pertes séminales;
1, peur, cousin du côté maternel, épileptique;
1, peur, affinité nerveuse, père fou, s'est suicidé;
1, fièvre cérébrale, coups, blessure à la tête;
1, fièvre cérébrale, excès alcooliques et vénériens;
1, hérédité, père sujet à des crises nerveuses, frayeur;
1, hérédité, père et sœurs épileptiques;
1, hérédité, mère, tante épileptiques;
1, hérédité, mère épileptique, père fou, s'est suicidé.

L'hérédité et l'alcoolisme, comme on le voit, ont joué un certain rôle.

Le début de la maladie, ne pouvant être indiqué que pour 20 des malades ayant eu des attaques, se résume ainsi qu'il suit :

1 est épileptique depuis sa jeunesse.			
1	—	depuis l'âge de	4 ans.
1	—		5
1	—		8
3 sont épileptiques			10
1 est épileptique			12
1	—		15
1	—		16
1	—		17
2 sont épileptiques			18
1 est épileptique			21
1	—		24
1	—		25
1	—		29
1	—		34
1	—		66
1	—	de vieille date.	

Je compléterai cet aperçu sur les épileptiques, en pasant en revue l'âge, les délits et crimes, les condamnations actuelles et antérieures, la profession et l'état civil.

DÉSIGNATION.	ÉPILEPTIQUES ayant eu des attaques.	SIMULATEURS.	ÉPILEPTIQUES n'ayant pas eu d'attaque.	TOTAUX.
ÂGE.				
Épileptiques de 20 à 30 ans	13	5	4	22
Épileptiques de 30 à 40 ans	8	7	5	20
Épileptiques de 40 à 50 ans	6	//	3	9
Épileptiques de 60 à 70 ans	1	//	//	1
TOTAUX	28	12	12	52

DÉLITS ET CRIMES.

Ont été condamnés pour :				
Vols, escroquerie	11	7	6	24
Tentative de meurtre	1	//	//	1
Coups, blessures ayant occasionné la mort sans intention de la donner	1	//	//	1
Coups et blessures n'ayant pas occasionné la mort	3	4	//	3
Viol	1	//	//	1
Attentats à la pudeur	2	1	3	6
Outrages publics à la pudeur	1	//	//	1
Banqueroute frauduleuse	1	//	//	1
Abus de confiance	1	//	//	1
Faux, usage de faux	1	//	//	1
Incendie	//	//	1	1
Outrages envers un magistrat judiciaire	1	//	//	1
Rupture de ban, vagabondage, mendicité	4	4	1	9
TOTAUX	28	12	12	52

CONDAMNATIONS ACTUELLES.

RECLUSION.				
10 ans	1	2	1	4
8 ans	4	//	//	4
6 ans	1	2	1	4
5 ans	1	//	1	2
A reporter	7	4	3	14

DÉSIGNATION.	ÉPILEPTIQUES ayant eu des attaques.	SIMULATEURS.	ÉPILEPTIQUES n'ayant pas eu d'attaque.	TOTAUX.
CONDAMNATIONS ACTUELLES. (*Suite.*)				
Report	7	4	3	14
EMPRISONNEMENT.				
13 mois	3	1	//	4
15 mois	2	1	//	3
16 mois	1	//	//	1
18 mois	3	//	//	3
18 et 15 mois sans confusion	1	//	//	1
2 ans	6	1	2	9
3 ans	2	2	3	7
4 ans	//	1	1	2
5 ans	2	1	3	6
7 ans	//	1	//	1
TRAVAUX FORCÉS.				
20 ans	1	//	//	1
TOTAUX	28	12	12	52

CONDAMNATIONS ANTÉRIEURES.

4 ont une seule condamnation :				
Le premier à 5 ans de prison	1	//	//	4
Le deuxième à 2 ans	1	//	//	
Le troisième à 1 an	1	//	//	
Le quatrième au-dessous d'un an	1	//	//	
7 ont deux condamnations :				
Le premier a eu une condamnation à 6 ans de reclusion et une au-dessous d'un an de prison	1	//	//	7
Le deuxième, une au-dessus d'un an	1	//	//	
Le troisième, une à 1 an et une au-dessus	1	//	//	
Le quatrième, une au-dessus d'un an et une au-dessous	1	//	//	
Le cinquième, les deux à 1 an	//	1	//	
Le sixième et le septième, deux petites peines	1	//	1	
A reporter	9	1	1	11

DÉSIGNATION.	ÉPILEPTIQUES ayant eu des attaques.	SIMULATEURS.	ÉPILEPTIQUES n'ayant pas eu d'attaque.	TOTAUX.
CONDAMNATIONS ANTÉRIEURES. (*Suite.*)				
Report	9	1	1	11
6 ont trois condamnations :				
Pour le premier elles sont au-dessus d'un an.	1	//	//	6
Le deuxième et le troisième, une au-dessus et deux au-dessous d'un an	//	1	1	
Pour le quatrième et le cinquième elles sont au-dessous d'un an	//	1	1	
Pour le sixième, la durée n'est pas indiquée.	1	//	//	
1 a quatre condamnations dont deux au-dessus et deux au-dessous d'un an	1	//	//	1
2 ont quatre condamnations dont une au-dessus d'un an	2	//	//	2
1 a quatre condamnations au-dessous d'un an	//	//	1	1
1 a quatre condamnations dont la durée n'est pas indiquée	1	//	//	1
1 a cinq condamnations dont trois au-dessus et deux au-dessous d'un an	//	1	//	1
1 a cinq condamnations dont deux au-dessus d'un an	1	//	//	1
1 a cinq condamnations dont une au-dessus et quatre au-dessous d'un an	1	//	//	1
2 ont cinq condamnations au-dessous d'un an	//	1	1	2
3 ont six condamnations :				
Le premier, deux à 1 an et quatre au-dessous	1	//	//	3
Les deux autres, une au-dessus et cinq au-dessous d'un an	1	1	//	
1 a 7 condamnations dont deux au-dessus d'un an	//	1	//	1
2 ont sept condamnations dont une à 1 an et six au-dessous	//	2	//	2
1 a sept condamnations dont la durée n'est pas indiquée	//	1	//	1
2 ont huit condamnations :				
Le premier, trois au-dessus et cinq au-dessous d'un an	1	//	//	2
Pour le deuxième elles sont au-dessous d'un an	1	//	//	
A reporter	21	10	5	36

DÉSIGNATION.	ÉPILEPTIQUES ayant eu des attaques.	SIMULATEURS.	ÉPILEPTIQUES n'ayant pas eu d'attaque.	TOTAUX.
CONDAMNATIONS ANTÉRIEURES. (*Suite.*)				
Report	21	10	5	36
2 ont onze condamnations dont quatre au-dessous d'un an	1	//	1	2
1 a douze condamnations dont une au-dessus d'un an	1	//	//	1
1 a treize condamnations dont cinq au-dessus et huit au-dessous d'un an	1	//	//	1
1 a quatorze condamnations dont deux au-dessus d'un an	1	//	//	1
1 a seize condamnations au-dessous d'un an.	//	//	1	1
1 a dix-sept condamnations au-dessous d'un an	//	1	//	1
1 a *plusieurs* condamnations sous un nom qui n'est pas le sien	//	//	1	1
Totaux	25	11	8	44
DEGRÉ D'INSTRUCTION.				
Ne sachant ni lire, ni écrire	6	4	4	14
Sachant lire et écrire	21	8	8	37
Instruction supérieure	1	//	//	1
Totaux	28	12	12	52
PROFESSIONS.				
Entrepreneur	//	//	1	1
Cantonnier	//	//	1	1
Bûcheron	1	//	//	1
Journaliers	10	1	2	13
Ouvrier coutelier	//	1	//	1
Cordonnier	//	1	//	1
Cartonnier	//	1	//	1
Plombier	1	//	//	1
Chiffonnier	//	1	//	1
Bijoutier	//	1	//	1
Teinturier, apprêteur	1	//	1	2
A reporter	13	6	5	24

DÉSIGNATION.	ÉPILEPTIQUES ayant eu des attaques.	SIMULATEURS.	ÉPILEPTIQUES n'ayant pas eu d'attaque.	TOTAUX.
PROFESSIONS. (*Suite.*)				
Report	13	6	5	24
Ouvrier fondeur	//	//	1	1
Cultivateurs	1	1	3	5
Marchands ambulants	1	1	1	3
Graveur sur bois	//	//	1	1
Voyageur de commerce	1	//	//	1
Relieur	1	//	//	1
Fabricant de brosses	1	//	//	1
Saltimbanques	//	1	1	2
Bourrelier	1	//	//	1
Mineur	1	//	//	1
Bouvier	//	1	//	1
Peintres	1	1	//	2
Couvreur	1	//	//	1
Marchand de bois et de vin	1	//	//	1
Boucher	1	//	//	1
Tapissier	1	//	//	1
Sans désignation de profession	3	1	//	4
TOTAUX	28	12	12	52
ÉTAT CIVIL.				
Célibataires	19	9	8	36
Mariés	8	3	4	15
Veuf	1	//	//	1
TOTAUX	28	12	12	52

Là s'arrête l'étude statistique que j'avais à vous présenter.

J'aurais voulu ajouter quelques considérations générales pouvant éclairer la question si intéressante de la folie pénitentiaire; mais on comprendra que c'eût été vraiment témérité de ma part de tirer des conclusions d'un chiffre aussi restreint d'aliénés et d'épileptiques qu'il m'a été donné d'observer.

Ce n'est que lorsque le quartier aura compté un plus grand nombre d'années d'existence qu'il sera possible de donner des résultats ayant quelque autorité.

Cette étude cependant ne pourra se faire avec profit qu'à la condition de bien connaître le début de la folie et les causes qui ont pu l'occasionner.

Il ne suffit pas, en effet, comme dit le Dr Sauze, pour un médecin familiarisé avec l'étude des affections mentales, de constater une certaine forme de folie; il faut encore, et c'est là ce qu'il y a de plus important, remonter au début de la maladie, rechercher les premières manifestations symptomatiques, quelque légères qu'elles puissent être; et ce n'est qu'alors seulement qu'on sera à même de porter un jugement certain, et de connaître à quelle cause doivent être attribués les divers cas d'aliénation présentés par les détenus.

On verra, en procédant de la sorte, que la plupart des cas de folie étaient antérieurs à l'entrée dans la prison, et que c'est à tort qu'on a reproché à l'influence nuisible, exercée sur le moral par la cellule, la production d'une maladie dont le début était plus ancien et qui reconnaissait une tout autre cause. On constatera également ce fait regrettable, à savoir, que chaque jour la justice condamne des aliénés, et qu'elle envoie dans les prisons de pauvres malades qui auraient besoin d'être soignés dans les asiles.

Si jusqu'à ce jour, on doit le dire, ces renseignements ont laissé à désirer, comme vous avez pu vous en convaincre, l'administration supérieure, éclairée par l'expérience de ces deux années de fonctionnement du quartier, ne manquera pas de faire disparaître ces lacunes.

Elle a à cœur le succès de l'œuvre sollicitée par elle depuis de longues années, et veillera à la prospérité de l'établissement dont elle a la haute direction.

Nos inspecteurs généraux du service sanitaire des prisons ne manqueront pas de la seconder en lui accordant le concours de leur savoir et de leur expérience.

Avant de terminer, qu'on me permette une réflexion.

Ce quartier spécial pour les détenus aliénés fait-il disparaître, pour les asiles, les inconvénients qui ont fait demander à beaucoup d'entre vous un asile spécial où, non seulement seraient placés les condamnés devenus aliénés après leur condamnation, mais où encore on mettrait les aliénés qui ont commis des actes réputés criminels, et ceux qui, indisciplinables et dangereux, peuvent apporter une certaine perturbation dans les asiles, et deviennent des causes incessantes de désordre et de danger pour le personnel?

Non, il faut le reconnaître.

L'aliéné, une fois libéré, s'il n'est pas guéri, retournera dans un asile.

La plupart conserveront le cachet que leur aura imprimé leur passé, et auront toujours les mêmes tendances aux évasions.

Cependant on est obligé de les considérer tous comme des aliénés libres, et, eu égard à l'organisation actuelle des asiles, de les confondre avec les malades qui sont au compte des familles.

Le quartier de Gaillon, tout en étant un véritable bienfait, n'est donc qu'un progrès qui en exige d'autres.

Un asile spécial, conçu comme l'est celui de Broadmoor, n'est guère réalisable en France, à cause des dépenses immenses qu'il entraînerait; et, maintenant que l'on possède un quartier pour les condamnés devenus aliénés, il me paraît moins utile qu'autrefois.

Le progrès que l'on doit réclamer ne me semble réalisable que de deux manières :

Ou bien, créer un second quartier dans le genre de celui de Gaillon, sauf modification du mode d'administration et du règlement, où l'on mettrait les aliénés criminels et ceux qui sortiraient de Gaillon;

Ou bien, demander l'appropriation dans un certain nombre d'asiles, et même dans tous les asiles, d'une section spéciale aménagée de façon à éviter toute évasion, où l'on placerait les aliénés criminels et les détenus aliénés à leur sortie de Gaillon.

Ces sections spéciales dans les asiles seraient de véritables sections de sûreté, et rendraient plus de services qu'un nouveau quartier, en ce sens qu'on pourrait également y placer les aliénés dangereux, et, en attendant le verdict de la justice, y mettre en observation les fous venant de se rendre coupables d'un attentat, soit contre les personnes, soit contre la propriété.

On aurait soin toutefois de ne placer dans ce nouveau quartier ou dans les sections d'asiles, comme le demandait le D[r] Chapman pour Broadmoor, que ceux chez lesquels la folie n'est que l'accident, la nature criminelle, l'essence. (Applaudissements.)

M. le Président. La parole est M. le D[r] Rousseau pour la lecture d'un Mémoire.

DE LA CAPACITÉ CIVILE DES ASILES D'ALIÉNÉS D'ORIGINE DÉPARTEMENTALE.

M. le D[r] Rousseau, *médecin-directeur de l'asile d'Auxerre.* On s'est souvent demandé si les asiles d'aliénés d'origine départementale devaient être classés parmi les établissements publics de bienfaisance, ou s'ils ne constituaient que des fondations sans caractère légal, devant subir toutes les fluctuations de leurs propriétaires. Des discussions très animées ont été soulevées à cet égard, et quand enfin l'accalmie s'est produite, les partisans de l'interprétation la plus libérale avaient beaucoup perdu de terrain, sans toutefois que le nouvel état de choses fût établi sur des bases bien solides.

Aujourd'hui le doute n'est plus possible, car le Ministre de l'intérieur, dans une lettre adressée au préfet de l'Yonne, le 1[er] septembre 1877, déclare péremptoirement que les asiles départementaux sont privés d'existence civile.

Nous sommes plein de respect pour la chose jugée; mais comme, depuis quarante ans, les jurisprudences les plus contradictoires ont vu successivement le jour et sont peut-être encore appelées à se remplacer à tour de rôle, nous pensons qu'il est permis de rechercher si ce déclassement est suffisamment justifié, et si, en faisant rentrer ces établissements dans le droit commun, on n'assurerait pas mieux que par tout autre moyen leur prospérité et leur fonctionnement administratif. En même temps nous nous efforcerons de démontrer que les départements ont tout intérêt à favoriser une autonomie qui leur permettrait de réduire progressivement leur subvention, en laissant aux asiles le soin de se créer eux-mêmes une dotation destinée à amortir, en tout ou en partie, la dette de l'assistance dont ils supportent le fardeau.

L'utilité de ce travail est donc incontestable. Nous ne sommes guidé par aucun esprit de critique ou d'opposition; nous désirons seulement attirer l'attention des spécialistes sur certaines lacunes qui existent dans le service des aliénés, et formuler quelques indications qui pourraient les atténuer.

Avant tout, il est indispensable de présenter un résumé succinct de la législation hospitalière.

Les établissements de bienfaisance comportent les deux divisions suivantes :

1° *Établissements publics.* — Ce sont : 1° ceux que le Gouvernement fonde ou adopte et qu'il entretient dans l'intérêt public; 2° ceux que les départements et les communes fondent et adoptent également dans un intérêt public, et dont la fondation est autorisée ou approuvée par un décret. Tout établissement qui n'est pas autorisé par un décret n'a pas une existence propre et n'est considéré que comme un simple essai. Les sommes qui leur sont allouées par les départements ou les communes pour des acquisitions, constructions,... doivent être portées en recette et en dépense dans les budgets et comptes des départements ou des communes dont ils dépendent.

Les établissements fondés par d'autres établissements publics acquièrent, par cette autorisation, l'existence civile qui appartient à tous les établissements publics de bienfaisance, et sont soumis au régime prescrit pour tous les établissements du même genre; ils ont leur budget et leur comptabilité, et peuvent posséder, acquérir, aliéner et accomplir tous les actes de la vie civile, en se conformant aux règlements. Les allocations qui leur sont faites par les départements, communes et autres établissements fondateurs, ne doivent être portées dans les budgets de ces derniers établissements fondateurs qu'à titre de subvention à verser dans leur caisse.

L'établissement hospitalier qui a reçu l'approbation de l'autorité supérieure ne peut être supprimé que par cette autorité. Il en résulte que le département ou la commune qui a fondé l'établissement ne peut disposer des propriétés et des ressources à l'aide desquelles il a été constitué. Ces propriétés et ces ressources ont passé d'ailleurs dans la main du nouvel établissement, qui seul désormais peut en disposer, en accomplissant les formalités prescrites en pareil cas.

Sous l'ancienne législation, aucun établissement de bienfaisance destiné à recevoir des indigents, soit gratuitement, soit sous la condition du versement d'un capital ou d'une rente annuelle, ne pouvait être fondé par les administrations locales ou par les particuliers sans l'autorisation du Gouvernement; mais la pratique y a dérogé en faveur des établissements qui reçoivent les indigents gratuitement. De plus, les conseils généraux ont été investis, par la loi du 10 août 1871, article 46, paragraphe 20, du pouvoir de créer des institutions départementales d'assistance publique, prérogative qui avait déjà été accordée aux préfets par le décret du 25 mars 1852, sur l'organisation administrative et dans les limites d'asiles pour l'indigence et pour la vieillesse. Ces fondations ne peuvent d'ailleurs acquérir un caractère public et l'existence de personnes civiles qu'avec l'autorisation du Gouvernement. Elles n'ont pas l'ave-

nir pour elles, elles sont incapables de contracter, et, par conséquent, de recevoir des libéralités; les dons et legs qui leur seraient faits directement tomberaient en caducité et ne pourraient être valablement acceptés par leurs fondateurs.

2° *Établissements privés.*—Les établissements entretenus et administrés par des particuliers demeurent des établissements privés, lors même que des décrets les auraient déclarés d'utilité publique, et, par là, leur auraient conféré l'existence civile.

Après ces généralités, nous abordons la législation relative aux asiles d'aliénés.

L'article 1er de la loi du 30 juin 1838 porte que chaque département est tenu d'avoir un *établissement public* spécialement destiné à *recevoir* et à *soigner* les aliénés, ou de traiter à cet effet avec un établissement public ou privé, soit de ce département, soit d'un autre département.

Ces dispositions sont si claires qu'on ne peut supposer qu'elles soient susceptibles de donner lieu à des interprétations diverses. Il est impossible de mieux définir le caractère de l'institution. Le législateur a voulu pour son œuvre la stabilité et la durée, et il les lui assurait en lui faisant prendre rang parmi les établissements publics de bienfaisance qui se trouvent à l'abri de toute éventualité, et qui sont éternels comme les infortunes qu'ils sont appelés à soulager. La qualification qu'il leur impose possède, dans le langage administratif, une signification précise et répond à une catégorisation parfaitement déterminée. Ce terme a d'autant plus de valeur qu'au moment où l'on discutait la loi sur les aliénés, les hospices départementaux vivaient sous le même régime que celui des hôpitaux, et que les administrations locales avaient encore peu de tendance à créer des maisons de charité.

La circulaire ministérielle du 19 novembre 1835, relative aux dépenses départementales qui concernent les hospices, mérite d'être profondément méditée, car elle fixe un point de doctrine trop souvent méconnu:

Quant aux dépenses relatives aux hospices départementaux, il y a une distinction à établir entre les dépenses qui ont pour objet les frais d'acquisitions, de constructions et de premier établissement de ces hospices, et celles des frais d'entretien lorsqu'ils sont définitivement constitués.

Les sommes allouées dans le premier cas doivent être portées en recette et en dépense dans le budget départemental, et employées comme toutes les autres recettes du budget, soit que ces fonds proviennent des dons faits par les particuliers ou les communes, soit qu'ils aient été alloués par le département.

Mais dès que l'hospice est définitivement fondé, il devient un établissement particulier et est soumis, pour son régime administratif et financier, aux lois, ordonnances et règlements qui régissent tous les établissements de charité. Les allocations ne doivent plus dès lors figurer aux budgets départementaux qu'à titre de subvention à verser dans les caisses de ces établissements. La surveillance administrative et l'ordonnancement des dépenses rentrent, dans ce cas, dans le domaine d'une commission administrative et d'un receveur responsable, à l'instar de ce qui se pratique pour tous les hospices communaux.

D'un autre côté, le Ministre de l'intérieur disait à la Chambre des pairs,

dans la séance du 15 janvier 1838 : « Il est de l'intérêt public que tous les établissements qui sont ou seront créés par les départements aient un régime uniforme et soient soumis aux mêmes règles que les établissements départementaux. » Ce rapprochement intentionnel indique évidemment qu'il n'a jamais été question d'introduire dans la loi une exception pour les asiles d'aliénés, et de faire table rase des principes qui étaient actuellement en vigueur.

La destination de ces établissements ajoute encore une preuve en faveur de leur assimilation, car ils sont institués pour *recevoir* et *soigner* des aliénés, c'est-à-dire des malades. Ce sont donc des établissements de bienfaisance au premier chef et non des prisons ou des maisons de détention.

D'après Durieu, les établissements de bienfaisance doivent être rangés en trois classes : les uns ont pour objet de prévenir l'indigence, les autres de la soulager, d'autres enfin de réprimer la paresse qui l'engendre.

Dans la première classe figurent les écoles, les caisses d'épargne;

Dans la deuxième, les bureaux de bienfaisance, les hospices, les hôpitaux, les asiles publics d'aliénés, les congrégations hospitalières, les monts-de-piété;

Enfin, dans la troisième, les dépôts de mendicité et les autres maisons où le travail est forcé.

On voit quelle était l'opinion de ce savant auteur qui remplissait les fonctions de chef de la section des établissements de bienfaisance au ministère de l'intérieur.

En outre, les articles 27 et 28 de la loi sur les aliénés stipulent que les dépenses de l'entretien, du séjour et du traitement seront à la charge des personnes placées; mais que celles qui concernent les indigents seront supportées par les départements auxquels ces derniers appartiennent, sans préjudice du concours des communes où ils étaient domiciliés.

En résumé, et en remplaçant certains termes de la loi par leurs équivalents en administration et en médecine, on arrive à cette formule : *Les asiles départementaux sont des établissements publics de bienfaisance destinés à recevoir et à soigner des malades atteints d'aliénation mentale, soit à titre d'indigents, soit comme pensionnaires payants.*

La loi de 1838 est une loi essentiellement humanitaire; elle a réhabilité une classe de malheureux dignes à tous égards d'intérêt, et qui jusque-là restaient confondus avec les criminels et les vagabonds dans des maisons de répression et les dépôts de mendicité, ou croupissaient dans les cellules des hospices. Elle a créé pour eux des institutions spéciales dont l'organisation scientifique doit nécessairement s'harmoniser avec leur idiosyncrasie maladive et concourir, avec les autres moyens thérapeutiques, à les ramener au calme, à leur rendre la raison, ou tout au moins à leur procurer une existence aussi supportable que possible. Elle s'est efforcée de sauvegarder à la fois les intérêts de l'aliéné et ceux de la société, « car il ne s'agit pas seulement, disait le Ministre de l'intérieur en présentant cette loi, de venir au secours de la plus affligeante des infirmités humaines, de préserver la société des désordres que des individus peuvent commettre dans les moments où leur raison est complètement troublée; il faut les préserver eux-mêmes de leur propre fureur, les soustraire à tous les abus dont ils peuvent être victimes, garantir leurs per-

sonnes et leurs biens, et veiller en même temps à ce que les mesures prises pour empêcher les écarts de la folie ne dégénèrent en atteintes contre la liberté individuelle de citoyens chez lesquels on serait intéressé à supposer l'altération des facultés mentales.» C'est pour répondre à ces indications que le législateur, après avoir défini sommairement le caractère de l'institution, développe avec toute l'ampleur nécessaire les conditions et les formalités de l'assistance; puis il abandonne au pouvoir exécutif le soin de déterminer, par voie de réglementation, tout ce qui se rapporte au régime et au mode d'administration.

L'ordonnance du 18 décembre 1839 complète la loi de 1838, dont elle reproduit l'esprit dans toutes ses dispositions. Elle a doté les asiles d'aliénés de tous les attributs des établissements publics, mais en même temps elle créait deux exceptions motivées par la spécialité du service. D'un côté, elle remplaçait les commissions administratives par un directeur assisté d'une commission de surveillance, et, de l'autre, elle mettait leur administration sous l'autorité du Ministre de l'intérieur et des préfets, ses délégués. En effet, comme dans une pareille agglomération d'individualités délirantes, les accidents et les abus peuvent facilement se produire, il était indispensable, dans l'intérêt du bon ordre, qu'un fonctionnaire résident et responsable fût chargé de l'exécution des prescriptions législatives et réglementaires. C'est aussi en vue des mêmes éventualités que le pouvoir central, jugeant insuffisant le simple rôle de protection et de contrôle qu'il exerce sur les autres établissements, s'est réservé le droit de haute direction, qui lui permet de surveiller, de perfectionner et de réprimer.

Durieu considère l'article 1er de l'ordonnance comme le plus important; puisque : «1° il constitue les asiles publics consacrés aux aliénés comme établissements publics de bienfaisance, jouissant de la vie civile et ayant une administration distincte et spéciale; 2° il crée pour ces asiles un système nouveau dans l'organisation administrative des établissements charitables en France.»

Enfin l'article 6 consacre de la façon la plus explicite le caractère de la fondation. Il porte : «Les lois et règlements relatifs à l'administration générale des hospices et établissements de bienfaisance, notamment en ce qui concerne l'ordre de leurs services financiers, la surveillance de la gestion du receveur, les formes de la comptabilité, sont applicables aux établissements publics d'aliénés, en tout ce qui n'est pas contraire aux dispositions qui précèdent.»

«On n'a pas cru, dit le Rapport au Roi, qu'il fût nécessaire d'ordonner des dispositions spéciales relativement à l'administration des biens des asiles publics d'aliénés. Ces établissements devront être naturellement soumis aux lois et règlements relatifs à l'administration générale des hospices et des établissements de bienfaisance. Ils y trouveront l'avantage de profiter immédiatement d'une législation et d'une jurisprudence toutes formées et améliorées par une longue expérience.»

Comme corollaire de ces dispositions légales, les asiles possèdent des prérogatives et sont soumis à des obligations qui ne peuvent s'appliquer qu'à des établissements autonomes, capables de posséder et jouissant de l'existence civile.

Ils ont un budget spécial.

Les allocations qui leur sont faites par les départements ne figurent, dans les budgets de ces derniers, qu'à titre de subvention à verser dans leur caisse.

Leurs deniers sont considérés comme deniers publics.

Leur comptabilité est confiée à des receveurs qu'ils subventionnent et qui sont placés, comme les comptables publics, sous la surveillance des receveurs des finances.

Ils sont investis d'une action directe et exclusive contre les départements, qui sont seuls responsables des sommes dues pour l'entretien de leurs aliénés indigents. Leur subvention est une dette, les asiles sont leurs créanciers.

Ils peuvent posséder des rentes sur l'État (modèle officiel du budget, article 1er du chapitre des recettes).

Ils ont un compte courant avec le Trésor (modèle officiel du budget, art. 2).

Leurs directeurs sont chargés de la gestion de leurs biens et revenus, et de l'ordonnancement des dépenses. Ils font dresser les devis des travaux d'entretien et de réparation des bâtiments. En cas d'urgence, ils prescrivent, dans certaines limites, l'exécution de ces travaux.

Leurs biens étant immobilisés, acquittent la taxe de mainmorte.

Les bâtiments, cours et jardins réservés aux malades ne sont grevés d'aucun impôt.

D'un autre côté, par décision du 8 janvier 1844, le Ministre de l'intérieur, considérant les directeurs comme de véritables délégués de l'autorité publique et assimilant leurs attributions à celles des commissions administratives des établissements hospitaliers, leur reconnaissait le droit de procéder, avec l'assistance des membres de la commission de surveillance, aux adjudications de fournitures et à celles des travaux et constructions, en présence des fonctionnaires désignés dans le décret du 10 brumaire an XIV.

Cette assimilation avait encore des effets beaucoup plus étendus, puisqu'elle accordait virtuellement à ces administrateurs toute l'autorité nécessaire pour représenter les établissements dans les différents actes de la vie civile.

Comme on vient de le voir, ces principes tutélaires étaient proclamés le 8 janvier 1844, et, un an après, ils étaient frappés de nullité et remplacés par une jurisprudence entièrement opposée. Dans une circulaire en date du 30 avril 1845, et motivée par certaines difficultés qui s'étaient élevées sur la question de savoir par qui devaient être opérées les acceptations des libéralités consenties au profit des asiles départementaux d'aliénés et les acquisitions immobilières effectuées pour ces établissements, le Ministre de l'intérieur pose en règle que les préfets ont seuls qualité, non seulement pour régler les affaires de cette nature, mais encore pour procéder aux adjudications de travaux et de fournitures qui étaient indûment effectués par les directeurs.

Dans l'instruction générale de 1859, sur la comptabilité, la même réglementation est reproduite; mais, comme précédemment, sans preuve à l'appui. L'article 1325 porte purement et simplement : «Le directeur est chargé de l'administration intérieure de l'établissement et de la gestion de ses biens et revenus; toutefois c'est aux préfets qu'il appartient de procéder aux ventes et acquisitions effectuées pour les asiles d'aliénés, comme aussi d'accepter les libéralités faites en faveur de ces établissements.»

Il faut encore signaler un avis du Conseil d'État, bien antérieur comme date, puisqu'il est du 6 avril 1842, mais qui peut être considéré comme le point de départ de la nouvelle jurisprudence. En effet, il y est dit : « Les asiles d'aliénés fondés par les départements ne sont pas des établissements publics capables d'acquérir et de posséder en leur propre nom, ce sont des établissements départementaux. Les acquisitions dans leur intérêt doivent être faites par le préfet et non par un directeur. »

Enfin, en 1877, la Commission de surveillance de l'asile d'Auxerre ayant manifesté le désir d'assister à une adjudication de travaux dont la dépense devait être imputée sur les deniers de l'établissement, le préfet consulta le Ministre de l'intérieur, qui lui répondit par la dépêche suivante : « Monsieur le Préfet, vous m'avez consulté sur la question de savoir par qui, du préfet ou du directeur, il doit être procédé aux adjudications de travaux à effectuer à l'asile public d'aliénés d'Auxerre. Cet asile est un établissement départemental; c'est, par suite, au représentant du département ou à son délégué qu'il appartient de procéder aux adjudications; il n'y a même pas lieu de distinguer entre les adjudications de travaux et celles de fournitures. Pour les unes comme pour les autres, le préfet seul est compétent. »

On fit alors observer que les règles à suivre pour les adjudications de fournitures avaient été définitivement arrêtées par l'instruction du 5 mai 1852, interprétative du décret du 25 mars précédent sur l'organisation administrative. En effet, dans la discussion du paragraphe 24, il est dit : « La question s'était élevée de savoir si les adjudications d'objets de consommation, pour le service des aliénés, devaient être passées par les préfets ou les directeurs des asiles; cette question se trouve résolue par le décret du 25 mars. Puisqu'il vous appartient, Monsieur le Préfet, d'approuver les procès-verbaux d'adjudication, et le plus souvent les marchés de gré à gré, c'est le directeur qui doit procéder aux adjudications et passer les marchés de toute nature pour le service des aliénés. »

Le Ministre réfuta cet argument dans une seconde dépêche dont l'importance n'échappera à personne : « Monsieur le Préfet, en réponse à votre communication du 9 août dernier, je ne puis que vous confirmer les instructions contenues dans ma dépêche du 2 du même mois, relatives aux adjudications à effectuer pour l'asile public d'aliénés d'Auxerre.

« Le décret du 25 mars 1852 n'a nullement modifié la situation légale des asiles départementaux, qui, *privés d'existence civile*, ne peuvent être représentés que par le préfet. C'est donc exclusivement à ce magistrat qu'il appartient de procéder aux adjudications soit de travaux, soit de fournitures. »

D'après cette jurisprudence, les asiles d'aliénés ne doivent plus être classés parmi les établissements publics de bienfaisance; ils ne sont que de simples maisons de charité et peuvent être supprimés par délibérations des conseils généraux, puisque la loi du 10 août 1871, article 46, paragraphes 1 et 4, ne fait exception que pour les hôtels de préfecture et de sous-préfecture et les locaux affectés aux cours d'assises, aux tribunaux, aux écoles normales, au casernement de la gendarmerie et aux prisons;

Ils sont incapables de posséder;

6.

Leurs bonis doivent retourner dans la caisse départementale;

On peut les déposséder des biens qu'ils se sont annexés et qui proviennent des bénéfices réalisés sur les pensionnaires, et non sur la subvention qu'ils reçoivent pour les indigents, puisque cette subvention est insuffisamment rémunératrice et représente encore le contingent des communes et celui des familles;

Leur budget ne devrait être qu'une émanation du budget départemental;

Leur receveur devrait être celui du département;

Ils ne peuvent recevoir ni dons ni legs, et, malgré la circulaire ministérielle du 30 avril 1845, il est évident qu'un préfet n'a pas qualité pour accepter une libéralité faite directement à un établissement frappé d'incapacité.

Enfin, il faut enlever de l'actif des asiles toutes les immunités et tous les droits qui ont été énumérés plus haut et qui ne leur avaient été conférés qu'en raison de leur caractère légal, et supprimer toutes les obligations qui en sont aussi la conséquence.

Il est permis maintenant de se poser les deux questions suivantes : Quels sont les motifs qui ont servi de base à cette jurisprudence, quels sont les résultats pratiques qu'on est en droit d'espérer?

En étudiant attentivement les pièces du procès, on constate, en l'absence de preuve écrite, que le déclassement des asiles d'aliénés s'appuie sur ces seules considérations :

Ce sont des établissements départementaux; ils reçoivent des subventions;

Leurs directeurs ne sont pas investis de fonctions qui leur permettent de les représenter dans les actes de la vie civile.

Ces arguments méritent d'être examinés séparément.

L'incapacité infligée aux asiles, parce qu'ils constituent des propriétés départementales, ne se justifie par aucune disposition légale. Voici, du reste, comment l'instruction précitée du 5 mai 1852 résume la législation charitable. Elle fait d'abord remarquer, dans le paragraphe Y du tableau A, que les établissements publics de bienfaisance, *quelle que soit leur origine*, ne peuvent exister qu'en vertu de l'autorisation du Gouvernement; et dans le paragraphe 26, sur la création d'asiles départementaux pour l'indigence et la vieillesse, elle rappelle les distinctions fondamentales dont les différents établissements de bienfaisance ont été l'objet :

> La création de dépôts de mendicité et des asiles d'aliénés est subordonnée à l'autorisation de l'administration supérieure, de même que l'établissement des hôpitaux, hospices, bureaux de bienfaisance, monts-de-piété; mais vous pourrez (l'instruction s'adresse aux préfets) autoriser la création d'asiles pour l'indigence et la vieillesse, lorsque la dépense en sera assurée au moyen des ressources exclusivement départementales, sans qu'il soit nécessaire d'avoir recours à des centimes extraordinaires.
>
> Ces établissements ne pourront d'ailleurs, comme tous les autres, acquérir un caractère public et l'existence de personnes civiles qu'avec l'autorisation du Gouvernement.

Ainsi les maisons de charité sont fondées par l'initiative départementale, et si les résultats obtenus sont satisfaisants, elles sont susceptibles d'acquérir un rang plus élevé dans la hiérarchie hospitalière. La même tolérance n'existe

pas pour les asiles, qui ne peuvent être créés qu'en vertu d'un décret qui les constitue en même temps comme personnes morales.

En leur refusant cette qualité, on est forcé de raisonner de la sorte : les asiles d'aliénés départementaux ne peuvent être créés qu'en vertu de l'autorisation du Gouvernement; et lorsqu'ils ont reçu l'investiture officielle, ils prennent rang parmi les établissements publics de bienfaisance, mais ils en perdent les prérogatives, parce que ce sont des propriétés départementales.

Et si l'on maintient cette infériorité, on chercherait vainement à s'expliquer pourquoi les dépôts de mendicité, qui sont des établissements départementaux, jouissent incontestablement de la capacité civile, ainsi que le démontre cet extrait de leur organisation : « Les dépôts de mendicité autorisés par un acte du pouvoir exécutif sont aptes à posséder; ils peuvent acquérir, recevoir des libéralités et faire tous les actes de la vie civile par l'intermédiaire du directeur, sur l'avis de la Commission de surveillance et les autorisations exigées des autres établissements publics en pareil cas. » (Jules de Lamarque. *Traité des établissements de bienfaisance*, § 741.)

Tout démontre donc que le caractère légal des asiles d'aliénés ne saurait être modifié à cause de leur origine. Tous les établissements d'intérêt public et général, qu'ils dérivent des départements ou de l'État, subissent les mêmes lois, et l'importance hiérarchique du propriétaire est impuissante à les faire sortir du droit commun. (Décret du 31 mars 1862, portant règlement sur la comptabilité publique, chap. XXIV, § 1.)

On a encore avancé que les asiles, ne vivant que de subventions, ne pouvaient être assimilés aux établissements pourvus d'une dotation.

Or, les subventions fournies par les départements sont de deux ordres :

Les unes se rapportent à la fondation et sont transitoires;

Les autres sont permanentes et amortissent la dépense occasionnée pour l'entretien et le traitement des indigents. C'est la dette de l'assistance qui a été mise à la charge des départements par la loi de 1838, et soit qu'elles entrent dans la caisse de leur asile, ou, par suite d'un traité, dans celle d'un autre asile, appartenant à un particulier ou à un autre département, ces subventions ne représentent que le prix d'un service rendu.

D'un autre côté, les sommes versées par les départements ne sont pas les seules qui constituent les ressources des asiles, et les recettes étrangères dépassent souvent de beaucoup les premières. En 1877, les recettes de toute nature se sont réparties, à l'asile d'Auxerre, de la manière suivante :

Contingent	du département	77,288f 03c
	des communes	23,508 80
	des familles	10,176 17
Départements étrangers, État		27,632 30
Pensionnaires		106,713 35
Recettes diverses		12,817 80
Total		258,136 45

Ainsi le contingent du département représente à peine le tiers des recettes ordinaires en argent; et cependant les asiles n'étant pas propriétaires, les

excédents des fonds qu'ils perçoivent en dehors du département ne leur sont abandonnés que par tolérance, puisqu'ils peuvent faire retour à la caisse départementale à titre de produits éventuels.

Enfin, si la dotation constitue une formalité substantielle pour obtenir l'autorisation du Gouvernement, cette disposition s'applique spécialement aux établissements fondés par les particuliers, car il faut avant tout que des ressources suffisantes soient constituées pour assurer l'existence de ceux qu'ils doivent recueillir. Et après tout, s'il existe une exception à cet égard pour les asiles, exception, du reste, commune à bien d'autres établissements, c'est la loi de 1838 qui l'a établi ainsi, ne voulant pas imposer aux départements le fardeau d'une dotation, quand un certain nombre d'entre eux peuvent à peine suffire à la construction des bâtiments.

Dans sa décision du 6 avril 1842, que nous avons citée plus haut, le Conseil d'État déclare que les directeurs sont incapables de représenter les asiles, parce que l'ordonnance royale du 18 décembre 1839 limite leurs attributions à l'administration intérieure des établissements et à la gestion de leurs biens et revenus.

Cet argument ne nous paraît pas péremptoire, car les fonctions des directeurs d'établissements jouissant d'une façon certaine de leur autonomie paraissent quelquefois plus restreintes encore dans la formule qui les définit. On ne peut nier que les commissions administratives des hôpitaux ne soient, dans l'espèce, investies des pouvoirs les plus étendus, et cependant la loi du 7 août 1851 sur les hospices et les hôpitaux les constitue de la sorte : « Les commissions administratives sont chargées de diriger et de surveiller le service intérieur et extérieur des établissements hospitaliers. » Il y a loin de là aux attributions dévolues aux directeurs d'asiles. Mais, sans prolonger inutilement cette discussion, nous ferons remarquer que l'opinion du Conseil d'État n'a pas été partagée par le Ministre signataire de la consultation du 8 janvier 1844.

Si la nouvelle jurisprudence manque de base solide, il est certain qu'elle n'a été établie qu'en vue de l'intérêt des asiles. Néanmoins nous sommes pessimiste; nous croyons qu'on fait fausse route, et s'il nous était permis de signaler les résultats que nous redoutons, nous les classerions sous trois chefs principaux :

Affaiblissement de l'action de l'autorité supérieure ;

Prolongation indéfinie des charges départementales ;

Appauvrissement physique et moral de l'institution.

Il est indispensable que l'autorité supérieure possède le droit le plus absolu d'intervention dans les asiles d'aliénés, comme, du reste, dans tous les établissements où la liberté des citoyens est l'objet de restrictions motivées par l'intérêt social, mais il n'en est plus de même quand il s'agit de la gestion de leurs biens. Dans ce dernier cas, elle n'a plus à remplir qu'un rôle de simple surveillance.

L'administration des hôpitaux ne laisse rien à désirer à ce point de vue; elle est le fruit de l'expérience d'une longue série de siècles et elle est parvenue à un degré de perfection qui laisse peu de place aux progrès ultérieurs. On se le rappelle, les biens des pauvres ont été administrés successivement par le clergé, les gentilshommes, les magistrats, les bourgeois, les fonctionnaires

municipaux; les uns les changèrent en bénéfices, les autres les transformèrent en fiefs; on les fit servir aussi à payer certaines dépenses municipales. Pour prévenir de pareils abus, les hôpitaux furent constitués en personnes civiles, leurs biens furent déclarés inaliénables et leur administration fut confiée à des citoyens indépendants et sur qui la commune ne possède aucune juridiction. Cette organisation présente de telles garanties qu'elle a été imposée aux autres établissements de bienfaisance, et sans aucun doute c'était aussi la pensée de la loi du 30 juin 1838 pour les asiles d'aliénés.

On peut donc, la loi en main, revendiquer l'affranchissement des asiles, non dans le but de se soustraire à la surveillance légale, ce qui est inadmissible, mais parce que c'est le seul moyen de les mettre à même d'assurer leur avenir, de soulager les fondateurs et d'augmenter l'importance de leurs services. En effet, lorsqu'un établissement de ce genre est complètement organisé, il devrait désormais répartir ses bénéfices en trois catégories dont l'emploi serait invariablement subordonné aux indications suivantes :

1° Se mettre à l'abri des années calamiteuses;

2° Assurer le perfectionnement du système hospitalier;

3° Acheter des rentes sur l'État pour se constituer une dotation dont les revenus serviraient à réduire dans une égale proportion la subvention départementale. Sans doute il faudrait de longues années avant de pouvoir arriver à entretenir gratuitement les indigents, mais on finit par triompher de tous obstacles avec de la persévérance et une bonne administration.

Et cependant comment administrer d'une façon profitable, si la direction est en quelque sorte frappée d'impuissance et se trouve continuellement en butte à des difficultés qui rendent ses efforts stériles. Assujettie à une subordination absolue, elle perd une partie de son autorité au détriment des intérêts qui lui sont confiés. Pour faire comprendre combien la forme est importante dans la manipulation des affaires, on peut se rappeler ce qui se passe au sujet des adjudications. Quand un asile, à force d'économie, a pu réunir les fonds nécessaires pour une construction ou des réparations, ses représentants naturels sont évincés au moment même où leur action serait la plus utile. Ils demeurent étrangers à la rédaction du cahier des charges, ainsi qu'à l'emploi des capitaux, et si quelquefois ils désirent exercer un droit de contrôle, l'entrepreneur, excipant de son mandat départemental, accueille leurs observations par des fins de non-recevoir. De la sorte, les travaux sont abandonnés aux soins des seuls intéressés, et leur exécution est souvent déplorable. Il en sera de même pour les fournitures, mais avec un dommage encore plus considérable, à cause de la multiplicité des opérations. La crainte d'interminables conflits découragera les autorités locales et endormira leur vigilance. Rien de pareil ne se rencontre dans la pratique des hôpitaux, car les commissions administratives sont en position de faire respecter leurs décisions et de sauvegarder le patrimoine des pauvres. Si, pour des raisons particulières, on ne pouvait appliquer complètement ce système hospitalier aux asiles d'aliénés, il faudrait au moins que les directeurs et les commissions de surveillance pussent régler ensemble et définitivement toutes ces questions secondaires énu-

mérées dans l'article 9 de la loi sur les hôpitaux, et qui constituent la grande majorité des affaires courantes. L'autorité préfectorale, qui ne les viserait qu'au point de vue de la régularité, serait délivrée à son tour d'une foule d'embarras que lui suscite une extension véritablement exagérée de son droit d'intervention. Nous tenons à faire remarquer, en terminant, que les asiles les plus florissants sont justement ceux où les principes de 1844 et de 1852 sont encore en honneur. Cette étude est bien courte et bien incomplète, mais nous craignions d'abuser de la bienveillance du Congrès; toutefois nous serions heureux si, faisant bon accueil à ces idées, il voulait bien leur accorder l'appui de sa haute autorité. (Applaudissements.)

M. le Président. La parole est à M. Motet.

M. Motet. Le travail que je vais avoir l'honneur de vous lire est de M. Hack-Tuke, *membre associé de la Société médico-psychologique* et l'un des rédacteurs du journal *of Mental Science.* M. Hack-Tuke assiste à la séance.

Vous trouverez ici deux tableaux que M. Hack-Tuke a disposés, et dans lesquels la statistique des causes d'aliénation mentale est exposée d'après ses opinions.

DE LA MEILLEURE MANIÈRE
D'ÉTABLIR LA STATISTIQUE DES CAUSES DE L'ALIÉNATION MENTALE,

PAR M. HACK-TUKE, DE LONDRES.

M. le Dr Motet, *lisant :*

Tous ceux qui ont étudié la question de l'étiologie de l'aliénation mentale admettront deux choses :

1° Qu'il est très difficile, avec les informations que nous avons habituellement, d'arriver aux causes réelles d'un accès de folie ;

2° Que, quand ces causes sont découvertes, il est difficile de les exprimer convenablement et pleinement dans un tableau.

La première difficulté, grave dans tous les cas, est énormément augmentée lorsqu'il s'agit des grands asiles de nos jours. Nulle méthode, quelque parfaite qu'elle soit, ne peut nous empêcher de commettre des erreurs qui viennent de données fausses et imparfaites. Quand nous sommes trompés par ces fausses données, il est inutile de trouver à redire à la méthode. Il n'y a aucun système qui puisse nous protéger contre des faits faux et vagues. L'information donnée dans les papiers officiels qui accompagnent le certificat d'admission est, dans les asiles anglais, et je le suppose aussi dans ceux du continent, souvent insuffisante et quelquefois n'est d'aucune valeur. Il en résulte que les déductions sont nécessairement imparfaites. Néanmoins je ne suis pas disposé à rejeter l'évidence que l'on peut obtenir de cette source, et certes j'ai trouvé qu'il y a un rapport considérable entre les principaux résultats lorsqu'on fait une comparaison entre les différentes grandes institutions.

Quel est donc le meilleur moyen à employer pour se servir avec le plus grand avantage des renseignements fournis par les proches des malades?

A la retraite d'York, dont je connais bien les statistiques à cause de mes

anciens rapports avec cette institution, il y avait de très grandes facilités d'obtenir des informations exactes au sujet de la vie passée des malades, et ces informations n'ont été nullement restreintes aux faits fournis dans les papiers reçus avec le malade au moment de l'admission. On a fait des enquêtes avec soin et l'on a passé beaucoup de temps pour s'assurer de l'exacte vérité au moyen de la famille du malade. Ceci fait, la cause principale a été déterminée et placée dans le tableau, tandis que les autres, étant insignifiantes ou faussement regardées comme causes par les proches, ont été rejetées. On a placé dans des tableaux séparés les causes qui prédisposent et les causes qui déterminent, et dans chaque cas on les a divisées en causes morales et causes physiques. Je crois que la même méthode est suivie en France, mais je ne suis pas sûr si plus d'une cause déterminante est reconnue dans le même cas, c'est-à-dire si l'addition de toutes les causes déterminantes serait le même chiffre ou plus grand que celui des malades. Je pense que cette méthode est celle qu'il faut absolument suivre dans les circonstances que j'ai décrites, c'est-à-dire lorsqu'on peut obtenir des informations assez parfaites à l'égard d'une grande proportion des cas admis dans un asile, quoique je pense aussi que cette méthode puisse être suivie d'une autre que je vais décrire.

La difficulté qui s'élève lorsqu'il s'agit d'assigner les différentes causes fréquemment exposées dans les papiers d'admission a donné lieu à une seconde méthode pour faire des tableaux des causes dans les asiles d'aliénés. Le docteur Major, de l'asile du *West Riding of Yorkshire* (Angleterre), l'a récemment proposée. C'est le signal de détresse ; c'est l'expression de désespoir. Il a trouvé dans le *Statement* (compte rendu) les causes données par les parents si multiples, qu'il est arrivé à la conclusion que le mode ordinaire (dont j'ai déjà parlé) de faire des tableaux des causes est inutile et plus qu'inutile, parce que le tableau prétend donner une information certaine, lorsqu'il est impossible de le faire. A cause du grand nombre de patients admis dans l'asile d'un comté en Angleterre, et aussi presque toujours à cause du manque d'instruction de l'entourage des malades, on éprouve de la difficulté à déterminer avec quelque exactitude laquelle de ces différentes causes énoncées est probablement la vraie ou la principale cause, et le directeur a rarement le temps ou l'occasion d'en faire une étude minutieuse.

Le docteur Major propose, dans ces circonstances, d'abandonner la manière ordinaire de faire des tableaux, parce qu'elle est trop ambitieuse et aussi parce qu'elle est fausse. A ce moyen il substituerait un simple exposé du nombre de cas dans lesquels certains agents ont contribué à produire un accès de folie. Ainsi, par exemple, il prend les cas qui suivent :

L'hérédité a contribué à la production de	2 cas.
L'alcoolisme ———	1
L'allaitement ———	1
Le chagrin ———	3
La vieillesse ———	2
L'âge de retour ———	2
Les privations ont contribué à la production de	1
Total	12

On n'essaye pas, dit-il, de fixer le nombre exact de cas attribués à une seule cause, mais d'après le tableau donné on peut obtenir le nombre de cas, en dehors des admissions totales, qu'une cause donnée *a contribué à produire*, la plus fréquente cause étant encore représentée par le plus grand chiffre, et la cause la moins fréquente par le plus petit chiffre. Par ce moyen donc il me paraît qu'aucune influence causative ne serait passée sous silence, mais à chaque cause serait, dans le résultat, assigné son degré d'influence pour ainsi parler, ce qui dépendrait de la fréquence de son occurrence en rapport avec d'autres causes.

On peut cependant demander si le degré d'influence de chaque cause est réellement assigné aux cas ainsi mis en tableaux, parce qu'on a nivelé toutes les causes; et sous ce rapport cette méthode est, je pense, inférieure à la première, qui s'efforce de choisir la cause principale. Nous ne mettrons plus dans les tableaux l'importance relative des causes principales, mais la fréquence relative de toutes les causes, grandes et petites. Ainsi, comme nous le voyons dans son tableau, les chiffres dans la colonne qui a pour en-tête «cas» s'élèvent à douze, tandis qu'il y avait seulement la moitié de ce nombre de malades. Ce qu'il nous dit réellement, c'est combien de fois différentes causes dans six cas ont contribué à produire un accès de folie. Comme ces causes, dans quelques cas, ont agi sur le même malade, le total ne concorde pas, cela va sans dire, avec le nombre de malades. Le mérite auquel cette méthode peut justement prétendre est qu'elle ne promet pas plus qu'elle ne donne réellement, et, en voyant l'impossibilité dans un grand asile de pauvres de distinguer entre les causes principales et les causes secondaires de l'accès, on peut peut-être s'en servir avec avantage au lieu de la méthode que j'ai mentionnée d'abord, quoique je pense qu'elle est remplacée par celle que je vais décrire.

Voici la troisième méthode. Il n'est pas nécessaire de l'adopter exclusivement. Je me propose de l'employer comme supplémentaire à l'un ou à l'autre des deux premiers modes que l'on adoptera, et quand il sera possible, j'emploierai celui que j'ai mentionné le premier, de préférence au second.

La troisième manière de faire des tableaux des causes doit son origine au fait manifeste que, dans un grand nombre de cas de folie, ce n'est pas une seule cause qui a produit la catastrophe finale, mais une combinaison de causes. N'est-il pas important de connaître cette combinaison de causes, et par conséquent d'en faire un tableau? N'est-il pas possible d'obtenir des résultats précieux par une étude soigneuse des causes, non seulement dans une forme isolée, mais aussi lorsqu'elles s'unissent pour produire un certain effet; précisément, comme dans la thérapeutique, on doit connaître l'action combinée aussi bien que l'action isolée des drogues. Par cette forme de tableau des causes, nous connaissons toutes les causes données, simples ou combinées. On peut encore indiquer la distinction entre les causes qui prédisposent et celles qui déterminent. On peut sans doute faire la même objection contre cette méthode aussi bien que contre la seconde (celle du docteur Major), que toutes les causes qui produisent un cas d'aliénation mentale sont données comme ayant une égale valeur. Je réponds à cette objection en donnant l'ordre dans lequel les causes sont arrivées, ordre qui est souvent très instructif, et, en outre,

en employant aussi la première méthode, dont le principal objet est de distinguer dans un cas particulier les causes les plus importantes de celles qui le sont le moins. Dans le tableau qui indique les causes combinées, l'addition des nombres montre le nombre des malades, et la somme de chaque cause mentionnée montre celle que la méthode du docteur Major indique, à savoir le nombre de fois que certaines causes ont contribué à produire l'aliénation mentale.

Pour éclaircir cette façon de faire des tableaux des causes, j'ai pris cinquante cas admis pendant cette année à l'hôpital de Saint-Luke, à Londres. Pour me servir de ces cas, je suis redevable au docteur Mickley, le chef médical de l'hôpital de Saint-Luke, et je donne ci-dessous les résultats pris dans son service. Il faut remarquer que ce tableau est seulement un exemple. Pour être utile, quant à l'étiologie de l'aliénation mentale, il serait nécessaire d'avoir beaucoup plus de cas.

Causes prédisposantes.	Causes déterminantes.	Cas.
Hérédité seule		5
Hérédité et	Chagrins domestiques	3
Hérédité et	Accouchement	3
Hérédité et	Fièvre	1
Hérédité et	Souci des affaires	1
Hérédité et	Excès d'étude	1
Hérédité et	Souci des affaires et excès d'étude	1
Hérédité (16) et	Maladie de la matrice	1
Tempérament seul		1
Tempérament	Retour d'âge et souci des affaires	1
Tempérament	Chagrins domestiques et maladie de la matrice (2)	1
Tempérament et accès précédent		1
Tempérament (5), accès précédent,	et Retour d'âge (2)	1
Accès précédent seul		2
Accès précédent et	Accident (1)	1
Accès précédent (6) et	Chagrins domestiques	1
	Lésion de la tête (1)	1
	Excès d'étude et excitation religieuse (1)	1
	Excès d'étude (5)	2
	Accouchement (6)	3
	Ivrognerie et chagrins domestiques	1
	Ivrognerie (3) et souci des affaires	2
	Chagrin d'amour et souci des affaires	1
	Fièvre et chagrin d'amour (2)	1
	Fièvre (3), chagrins domestiques et souci des affaires	1
	Excitation (joie) (1)	1
	Souci des affaires (12)	5
	Chagrins domestiques (9)	2
	Inconnues	4
Total		50

On peut voir par ce tableau, non seulement le nombre de cas dans lesquels certaines causes combinées concourent à produire un certain résultat,

mais le nombre de fois que les différentes causes contribuent, simples ou combinées, à produire des accès de folie. Le chiffre placé près de la cause la dernière fois qu'elle est mentionnée montre ce nombre de fois, et le résultat dans cet exemple est comme suit :

	Cas.
Hérédité	16
Souci des affaires	12
Chagrins domestiques	9
Accès précédent	6
Accouchement	6
Tempérament	5
Excès d'étude	5
Ivrognerie	3
Fièvre	3
Chagrin d'amour	2
Maladie de la matrice	2
Retour d'âge	2
Accident	1
Lésion de la tête	1
Excitation religieuse	1
Excitation (joie)	1
Inconnues	4
Total	79

Pour conclure, je désire attirer l'attention sur les points suivants :

1° Il faut employer deux tableaux de causes dans les asiles d'aliénés : l'un dans lequel on indique seulement la cause la plus importante dans chaque cas, et l'autre dans lequel on présente toutes les causes connues dans chaque cas, et dans l'ordre de leur succession.

2° Il est très important qu'il y ait le plus d'uniformité possible dans les termes employés pour décrire les causes de l'aliénation mentale. On peut le faire sans s'éloigner du sens des mots employés par les proches des patients. Il est très important aussi que ceux qui préparent les tableaux des causes s'accordent quant à ce qu'ils considèrent comme causes et ce qu'ils regardent comme une partie essentielle de la maladie. Cette observation s'applique surtout à l'épilepsie, à la vieillesse et aux défauts de naissance. La divergence d'opinion la plus marquée existe sur ce sujet. De là, les différentes opinions soutenues quant à la fréquence des causes morales et physiques.

3° Il est à désirer que dans les rapports annuels des asiles on donne non seulement les causes pour la dernière année, mais les nombres complets pour autant d'années passées qu'on a obtenu de causes et qu'on en a mis en tableaux.

4° Enfin il est nécessaire que les différents rapporteurs s'accordent sur le calcul à tant pour cent des causes, ou dans le nombre total des cas admis, ou seulement sur les cas pour lesquels on a trouvé la cause. (Applaudissements.)

M. le Président. M. Guignard a la parole pour la lecture d'un Mémoire.

PROJET DE PUBLICATION ADMINISTRATIVE

DES STATISTIQUES D'ASILES D'ALIÉNÉS.

M. Guignard, *directeur de l'asile de Saint-Pierre de Marseille.* Messieurs, aux termes des instructions, les directeurs et les médecins des asiles d'aliénés doivent, chaque année, adresser à l'autorité supérieure un rapport sur leur service.

Il serait superflu de rappeler ici ces instructions connues des administrateurs et des chefs du service médical de nos établissements.

Notre communication n'a pas la prétention de critiquer ou de donner des conseils; elle a un but plus modeste et cependant très utile, dans la pensée de son auteur : c'est de livrer à l'impression les documents annuels demandés par l'Administration et d'opérer l'échange de ces documents entre les asiles.

Est-il besoin d'énumérer les avantages résultant de cet échange, avantages qui tourneraient évidemment au profit des établissements ?

Le compte d'administration rendu par les directeurs traite généralement, selon les indications fournies par l'instruction ministérielle du 8 février 1823 :

1° De la population et de la mortalité;

2° De la régie des biens;

3° Du régime sanitaire ;

4° Des bâtiments;

5° Des dépenses et consommations ;

6° Du régime alimentaire ;

7° Du prix de journée ou prix de revient.

En d'autres termes, c'est la vie intime, pendant une année, de nos établissements, exposée dans ce compte d'administration.

Il est donc intéressant, pour la direction d'un asile, de connaître, à l'aide de ces éléments, ce qui se passe dans un établissement similaire, par quels moyens ont été obtenus tels résultats avantageux et d'essayer ces moyens pour son propre compte.

On s'est demandé s'il ne serait pas bon d'adopter un modèle de compte d'administration, tout en laissant, bien entendu, à chaque administrateur l'initiative de communications particulières. Il paraît, en effet, nécessaire que les comptes moraux donnent, en la même forme, certains renseignements obligatoires et, d'autre part, que les éléments du prix de journée ou prix de revient soient partout les mêmes.

Quel est le directeur qui n'a pas entendu dire : « Dans tel établisssement le prix de journée est inférieur à celui que nous vous payons ? »

Et souvent cette infériorité est due au mode de calcul adopté.

Si l'échange des comptes d'administration est désirable, utile même, me permettrai-je d'avancer qu'il est nécessaire pour les rapports médicaux ?

La Société médico-psychologique, nous sommes heureux de le reconnaître, offre volontiers, généreusement et avec courtoisie, la publicité, dans ses

annales, aux rapports et aux observations intéressant la médecine mentale; mais ordinairement il s'agit de faits isolés, d'études spéciales dont le nombre, on pourrait en convenir, est assez restreint.

Si, comme l'indique l'arrêté ministériel du 20 mars 1857, les observations médicales sont la source où doivent être puisés les renseignements statistiques d'un rapport médical, n'aperçoit-on pas l'intérêt tout particulier qui s'attacherait à des communications venues de tous les points de la France, et qui, je n'en puis douter, seraient accueillies et suivies avec empressement par nos honorables chefs de service au nom desquels, imprudemment peut-être, ils le pardonneront, je parle en ce moment.

Ces communications ne seraient-elles pas très utiles encore aux élèves internes de nos asiles, dont elles fortifieraient l'instruction médicale?

Dans cette réunion, où nous remarquons tant d'illustrations dans la psychiatrie, nos réflexions seront bien vite jugées. Si elles ont quelque chose de bon, de pratique, à ces hommes distingués, avec lesquels j'ai passé les meilleures années de ma carrière administrative, en revient tout le mérite : car elles sont nées d'un commerce journalier dans lequel l'intérêt des malades qui nous sont confiés était toujours en jeu. Si elles paraissent naïves, oiseuses, inutiles même, qu'elles rencontrent ici l'indulgence et le pardon..... et l'oubli!

Nous n'ignorons pas que ces comptes d'administration et ces rapports médicaux ne passent pas inapercus, quoi qu'on dise, et que le comité de nos inspecteurs généraux y puise la matière à des observations, à des conseils qu'ils nous apportent si généreusement, lors de leurs inspections. Nous savons aussi que l'autorité supérieure les apprécie; mais est-ce suffisant? Nous ne le pensons pas. Pourquoi d'ailleurs seulement glaner, quand une récolte abondante nous est offerte?

Impression; dépense. — L'impression des comptes moraux et des rapports médicaux étant déclarée obligatoire, qui en supporterait la dépense? Les asiles ou les départements évidemment.

Peut-être au lieu de l'initiative ou de l'action isolée de l'asile ou du département, serait-il préférable que nos inspecteurs généraux, si bons juges en la matière, fussent chargés, après examen de ces documents, d'en proposer l'impression au ministère.

La dépense serait, dans ce qui pourrait offrir quelque économie, partagée entre tous les asiles, ainsi qu'il est fait pour les imprimés des communes dont la dépense est payée par les fonds des cotisations municipales.

Quel que soit l'avis du Congrès sur cette communication, nous voudrions ne pas nous reprocher d'avoir abusé de sa patience et de son temps. (Applaudissements.)

M. le Président. Je donne la parole à M. Labitte pour la lecture d'un Mémoire sur les résultats obtenus dans les colonies de Fitz-James et de Villers.

COMPTE RENDU MÉDICAL ET ADMINISTRATIF

DES COLONIES DE FITZ-JAMES ET VILLERS.

M. Gustave Labitte, *médecin en chef de la maison de Clermont* (*Oise*). Messieurs, la colonie agricole d'aliénés est aujourd'hui chose jugée et mise en pratique dans un grand nombre d'asiles. Je ne redirai pas ses avantages au point de vue du bien-être des malades et des ressources d'économie administrative. Je viens vous exposer aussi brièvement que possible les résultats pratiques obtenus dans les différentes branches de ces services depuis la création des colonies de Fitz-James et de Villers.

La colonie de Fitz-James, fondée en 1860 pour une population de 1,200 aliénés, suffisait en grande partie aux besoins de l'asile, et son personnel de travailleurs y trouvait facilement tous les éléments d'occupation. Mais l'accroissement progressif de la population entraîna peu à peu la nécessité d'augmenter son étendue, et d'y recevoir un plus grand nombre de malades. C'est ainsi qu'en 1865, l'asile renfermant 1,500 malades, une nouvelle annexe agricole fut créée à Villers.

Aujourd'hui ces deux établissements sont habités par 308 aliénés (163 à Fitz-James, 145 à Villers), et occupent une superficie de 500 hectares. Mais cette étendue de terrain oblige les travailleurs à des déplacements éloignés; aussi les bases d'une troisième annexe sont-elles posées, afin que dans quelque temps les malades se trouvent dans des conditions plus favorables pour se rendre sans fatigue à leurs occupations, et que la culture des terres puisse se faire avec moins de perte de temps.

A ce sujet nous avons constaté que les aliénés, par la pratique qu'ils acquièrent dans leurs différents genres de travaux, y deviennent de plus en plus habiles et donnent la facilité de trouver chez eux moins de main-d'œuvre pour une occupation qui exigeait auparavant un plus grand nombre de travailleurs. Il sera donc facile de retirer de la population des anciennes colonies et de celle de Clermont un nombre suffisant de malades pour peupler la nouvelle et subvenir aisément aux travaux de ces trois exploitations.

Ces créations successives des colonies agricoles n'ont pu s'effectuer que pour la population des hommes de l'asile. Aussi celle de Bécrel, habitée par des femmes occupées au service de la blanchisserie, a-t-elle toujours conservé sa même destination, tout en voyant le nombre de ses malades s'augmenter au fur et à mesure des besoins de l'asile. Ainsi, de 115 femmes qui y existaient en 1860, ce nombre est arrivé aujourd'hui à 152. Quelques femmes âgées sont employées à des travaux de peu d'importance et qui demandent peu de fatigue : elles travaillent dans les jardins ou dans les champs, à peu de distance de la colonie de Fitz-James.

Tous les genres de maladies mentales sont représentés chez les aliénés de la colonie. Leur état de calme et de docilité constaté à l'asile est surtout la condition de leur déplacement. Le médecin est seul apppelé à désigner l'occupation qui leur convient. La diversité des travaux d'une aussi grande exploi-

tation en permet facilement le choix; et depuis l'enfant idiot, qui ramasse des cailloux pour fournir aux prestations, jusqu'à l'aliéné qui conduit les voitures et les charrues, et remplit le service d'un ouvrier ordinaire, tous se rendent utiles dans leur sphère d'activité et d'intelligence.

Le mouvement moyen, pendant l'année, des aliénés de l'asile aux colonies a été pour Fitz-James de 90, et pour Villers de 110.

Tout aliéné indisposé ou agité est de suite renvoyé à Clermont et remplacé par un autre.

Une grande partie des aliénés en convalescence, qui font des travaux des champs leur occupation habituelle, y passent le dernier temps de leur séjour; et sur les 1,339 guérisons obtenues depuis 1860, 446 y sont restés en attendant leur sortie.

De ce grand nombre d'aliénés placés ainsi dans des conditions de liberté relative, faut-il conclure que beaucoup d'entre eux pourraient résider dans leur famille? Les renseignements connus sur les antécédents de ces malades, l'observation de leur état mental en font généralement des aliénés dangereux par leurs conceptions délirantes, par leurs mauvais penchants et leur faiblesse intellectuelle. Ils sont presque tous placés d'office et à la suite d'actes dangereux. Beaucoup ont été renvoyés chez eux sur la demande de leur famille, qui croyait en obtenir des services. Presque tous ont été réintégrés peu de temps après.

En créant des colonies agricoles, le but a été, en dehors du bien-être des aliénés, d'y trouver des ressources qui viennent alléger les charges de l'asile.

A Clermont, où le prix de journée est inférieur à celui de tous les autres asiles, si l'on tient compte du capital engagé dans une telle entreprise, l'Administration a dû surtout rechercher les moyens de faire face aux charges d'une population qui est actuellement de 1,800 personnes. C'est donc dans une organisation des services généraux qui permette d'obtenir tous les objets de consommation de première main qu'il a fallu trouver ces moyens. La production des fermes y suffit presque complètement aujourd'hui; et sauf les produits qui ne peuvent provenir de la culture habituelle de la contrée, tout se tire de l'exploitation agricole et maraîchère des terres et jardins de l'asile.

Je me permets de donner un aperçu de ces produits, qui montre combien il faut d'étendue de terrain pour suffire aux besoins journaliers d'un établissement aussi important.

La superficie de la colonie de Fitz-James est de 240 hectares, dont 40 en prairies et 5 en jardins potagers; celle de Villers est de 260 hectares, dont 30 en prairies et 2 en jardins.

Les deux fermes, avec leurs jardins et ceux de Clermont, ont produit l'année dernière :

3,000 quintaux de blé;

4,000 quintaux de pommes de terre;

600 hectolitres de cidre;

Tous les légumes nécessaires aux divers régimes des pensionnaires et des indigents.

En bestiaux, pour le service de boucherie et de table :

500 moutons;
200 porcs ;
600 volailles.

Le nombre de bœufs de boucherie nécessaire à la consommation est trop considérable pour provenir de l'élevage des prairies; mais par les prévisions de nouveaux assolements de pâtures, nous espérons y pourvoir au moins pour le tiers de ce service.

Le matériel agricole et les bestiaux nécessaires à cette exploitation de 500 hectares se compose de :

Pour le matériel,

Trois machines à vapeur faisant marcher deux batteuses et les appareils pour l'alimentation du bétail, deux moulins à farine ;
60 charrues, herses et autres instruments aratoires;
2 faucheuses et 2 moissonneuses;
30 voitures de culture de tous genres;

Pour les bestiaux,

40 chevaux ;
30 bœufs de labour ;
1,400 moutons;
60 vaches laitières;
200 porcs ;
80 bœufs et génisses à l'engrais ou en élevage;
1,000 volailles de toutes espèces.

Le personnel affecté à cette exploitation et à la direction des malades dans leurs travaux est de 25 employés pour chacune des fermes.

A Fitz-James et à Villers, les ateliers nécessaires à l'exploitation agricole, tels que maréchalerie, charronnage, etc., et à l'entretien du personnel, sont tenus par des aliénés, qui ayant déjà passé dans les ateliers de Clermont, donnent toutes les garanties de sécurité dans le maniement des instruments qu'on leur confie. Jamais nous n'avons eu à constater d'accident arrivé par la volonté d'un malade.

Telle est aujourd'hui l'organisation des colonies de l'asile de Clermont.

Depuis la création de ces établissements, les résultats pratiques obtenus n'ont jamais cessé de réaliser les espérances de succès que l'on attendait; aussi est-il à souhaiter que chaque asile important entre dans cette voie de progrès ouverte à toutes les tentatives qui ont pour but l'amélioration du sort des aliénés. (Applaudissements.)

M. Lunier. Je n'ai qu'un mot à dire sur la communication de M. Hurel. Il a donné des chiffres contre lesquels je veux mettre en garde les personnes qui les liront. Je prie, en conséquence, M. Hurel de vouloir bien remettre une note, je ne dis pas pour rectifier, mais pour compléter son travail.

Si l'on recevait à Gaillon tous les aliénés qui deviennent aliénés dans les pri-

sons, on pourrait obtenir des documents positifs au point de vue des différentes catégories d'individus condamnés pour vol, meurtre, et ainsi de suite. Mais il faut faire attention qu'on n'y envoie pas tous ceux qui deviennent aliénés; chacune des demandes de transfert à Gaillon est soumise à un examen spécial, un tiers au moins est renvoyé, et l'on maintient les individus dans les prisons. Les chiffres donnés par M. Hurel ne fournissent donc pas la proportion exacte des individus condamnés pour meurtre ou assassinat, vol ou viol. On n'admet à Gaillon que les individus qui ont encore deux, trois ou quatre ans à faire. Je crois devoir signaler ce fait pour éviter toute erreur de statistique. J'ajoute qu'il serait bon, selon moi, de donner la parole à ceux des membres du Congrès qui voudraient parler sur la communication de M. Hurel.

M. le Président. Personne ne demandant la parole, et l'ordre du jour étant épuisé, je lève la séance.

La séance est levée à 5 heures 50 minutes.

SÉANCE SUPPLÉMENTAIRE DU MERCREDI 7 AOÛT 1878.

(PALAIS DU TUILERIES, PAVILLON DE FLORE.)

PRÉSIDENCE DE M. CONS NS.

SOMMAIRE. — Adoption du procès-verbal. — LES ASILES DE SÛRETÉ, par M. Michel Möring; discussion : MM. Motet, Barbier, Petit, Bouteille. — Note de M. Barbier sur les MESURES À PRENDRE À L'ÉGARD DES ALIÉNÉS DITS «CRIMINELS»; discussion : MM. Barbier, Petit, Bouteille, Motet, Constans, Lunier, G. de Cailleux. — Adoption d'un vœu relatif à la CRÉATION DE QUARTIERS OU D'ASILES SPÉCIAUX POUR LES ALIÉNÉS DITS «CRIMINELS». — Adoption d'un vœu relatif à la CRÉATION DE COMMISSIONS MIXTES CHARGÉES DE DÉCIDER EN DERNIER RESSORT DE LA SORTIE OU DU MAINTIEN DES ALIÉNÉS DITS «CRIMINELS» : MM. Lunier, Constans, Petit.

La séance est ouverte à 2 heures 45 minutes.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. LE PRÉSIDENT. La parole est à M. Motet pour la lecture d'un Mémoire de M. Michel MÖRING, *directeur général de l'Assistance publique.*

LES ASILES DE SÛRETÉ,

PAR M. MICHEL MÖRING,

DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE.

M. MOTET, *lisant :*

A la fin du siècle dernier, l'aliéné ne rencontrait, dans la législation comme dans les mœurs, qu'un sentiment unique : la défense sociale contre un être dangereux. Traqué comme une bête fauve, enchaîné comme un criminel, privé d'air, de lumière, de mouvement, délaissé de tous soins médicaux ou humains, n'ayant pour lit que la paille infecte ou la terre humide, ne recevant qu'une nourriture répugnante et insuffisante à la fois, il en était réduit, aux dernières lueurs de sa raison, à envier parfois le sort des forçats avec lesquels il vivait confondu.

A la voix de la science et de la charité, les chaînes sont tombées; les prisons horribles se sont changées en asiles de traitement, et si la mainmise sur la liberté a été maintenue pour la sauvegarde de tous, l'humanité a connu ses devoirs et la créature humaine a recouvré ses droits.

La loi française du 30 juin 1838, si belle, si complète, et dont les larges et nobles inspirations se sont peu à peu répandues chez toutes les nations civilisées, a été le grand statut de cette réhabilitation de l'aliéné. Elle a fait de lui *un malade* et elle l'a entouré de soins et de charité. Bien plus, elle le protège dans ses droits et dans ses intérêts, et l'atteinte même nécessairement portée à sa liberté est entourée de telles précautions et de telles garanties, que l'abus est devenu à peu près impossible. Le médecin, le magistrat, l'administrateur veillent sur cet être *qui n'est plus lui-même*, jusqu'au jour de la guérison et de la liberté, ou jusqu'à l'heure qui termine ses souffrances.

Cette législation si bienfaisante et si efficace est-elle le dernier mot du progrès ? Il n'entre pas dans mon cadre de le rechercher ici. Ce que nous pouvons et ce que nous devons tous affirmer, c'est qu'elle a constitué un immense progrès et que, de plus, elle laisse la voie ouverte à des améliorations nombreuses, et en particulier à celle dont je vais avoir l'honneur de vous entretenir.

Si la législation antérieure ne se préoccupait exclusivement que de la tranquillité publique et de la sûreté des personnes qu'elle considérait comme également menacées *par les insensés ou les furieux laissés en liberté et par la divagation des animaux malfaisants ou féroces* [1], on peut dire que, non pas la loi de 1838, mais la manière dont elle a été longtemps interprétée, présente, au point de vue de la défense sociale, un *desideratum* important.

Je m'explique :

Les articles 18 et 19 de la loi prononcent la séquestration dans un asile de toute personne dont l'état d'aliénation compromettrait l'ordre public ou la sûreté des personnes.

Telle est la définition légale de l'*aliéné dangereux*.

En vertu de ce principe, les aliénés dangereux sont entrés dans nos asiles et y ont reçu les mêmes soins que les paisibles et les inoffensifs.

On s'est borné longtemps à les séparer des autres aliénés, à rapprocher les barreaux, à renforcer les serrures, à user davantage des moyens de contrainte, à exercer une plus grande surveillance et à avoir plus de gardiens.

Mais bientôt on s'est aperçu que cette séparation était insuffisante ; que l'on s'exposait à de graves dangers et que l'on abandonnait le terrain de la défense sociale en ne faisant pas, à l'égard de quelques-uns, une séparation absolue et complète.

L'idée est juste, Messieurs, et la mesure est pleinement justifiée; car l'aliéné, qui est le plus souvent un pauvre être frappé subitement au milieu d'une vie honnête et normale, peut être également un homme pervers, chez lequel le crime a précédé la folie; il peut être encore un de ces criminels devant lesquels la justice humaine a hésité, parce que la science est venue affirmer que l'aliénation avait précédé l'acte coupable ou du moins coïncidait avec lui.

N'est-ce pas déshonorer nos asiles de traitement, véritables hôpitaux, que d'y confondre avec une population honnête, des êtres qui ont tué, incendié, violé, pillé, ou bien encore de mêler à des mères de famille ou à des jeunes

[1] Loi des 16-24 août 1790, titre XI, art. 3. — Loi des 19-22 juillet 1791, titre Ier, art. 15.

filles sages ces femmes vouées à la débauche et marquées au sceau de l'infamie, qui apportent partout avec elles le double danger de la contamination physique et morale ?

N'est-ce pas exposer cruellement la vie des médecins, des fonctionnaires des asiles, des gardiens, déjà si difficiles à recruter; n'est-ce pas porter également atteinte à la sécurité des autres malades, que de comprendre dans la même enceinte les gens *sûrement* dangereux, c'est-à-dire ceux qui ont commis des crimes ou ceux qui restent suspects d'en avoir commis ?

Telle est, Messieurs, la question qui s'impose. Résolue depuis longtemps dans la Grande-Bretagne, résolue également aux États-Unis, elle s'est trouvée attardée dans l'Europe continentale.

La France et la Belgique ont senti la nécessité d'entrer dans les idées à la fois humanitaires et défensives dont l'application est si complète et si efficace dans les pays anglais ou d'origine anglaise.

Le conseil général et le préfet du département de la Seine ont pris, depuis plus de trois ans, l'initiative de cette importante réforme, et se sont associés aux efforts du corps éminent des médecins-aliénistes français et de la Société médico-psychologique.

C'est dans ces circonstances, Messieurs, que j'ai été appelé, en 1875, à étudier la question, en ma qualité d'inspecteur général du service des aliénés du département de la Seine.

Connaissant toutes les défectuosités et l'insuffisance du quartier de sûreté de Bicêtre; sachant que cette création, — dont il convient néanmoins de tenir compte à l'Assistance publique, puisqu'elle a constitué le premier essai qui ait été fait dans l'Europe continentale d'un système de séparation pour les *aliénés criminels ou dangereux*, — sachant, dis-je, que cette création avait été jugée très défavorablement à l'étranger, j'avais fait venir d'Angleterre et des États-Unis un grand nombre de rapports et de documents imprimés sur les asiles, afin d'y puiser les informations nécessaires à une étude sérieuse et utile.

Le célèbre rapport du Dr Northon Manning, publié à Sydney, en 1868, dont j'avais traduit précédemment la partie relative aux asiles d'idiots, m'avait paru réunir, sur la question des *asiles* et des *quartiers spéciaux pour les aliénés criminels* et sur les établissements de ce genre qui existent à l'étranger, des renseignements de la plus haute importance, recueillis pour la plupart *de visu* par l'éminent aliéniste.

J'ai donc entrepris et mené à fin la traduction de cette partie intéressante du volumineux rapport de M. le Dr Manning, et je me suis de plus en plus convaincu de l'intérêt qu'il y a lieu d'attacher, non seulement aux renseignements qu'il a recueillis, mais encore aux idées justes et élevées qu'il expose, tant sur la classification des aliénés criminels que sur le traitement qui doit leur être appliqué et les installations qui leur conviennent.

Les limites, justement restreintes, assignées aux communications des membres du Congrès ne me permettent pas de donner, même par analyse, une idée de ce travail.

Je me bornerai à dire qu'il contient, outre les définitions médicales et légales, et l'exposé du mode de traitement appliqué aux aliénés dits « criminels »

dans tous les pays, des renseignements complets sur les établissements suivants :

ANGLETERRE : *Asile de Broadmoor;*
Établissement privé de Fisherton-House.

ÉCOSSE : *Asile de Perth.*

ÉTATS-UNIS : *Asile d'Auburn.*

Des conclusions essentiellement pratiques, et, comme je l'ai dit plus haut, des considérations de l'ordre le plus élevé terminent ce travail.

Je joins cette traduction comme annexe à la présente communication, et j'en fais hommage au Congrès, pour le cas où il jugerait utile qu'elle fût publiée [1].

Sans doute la législation n'est pas la même en France : le jury fonctionne d'une manière différente; la procédure et les pénalités ne sont pas identiques; d'où la nécessité de faire une classification plus restreinte et d'admettre un nombre d'individus moindre pour former les catégories d'aliénés criminels. Mais, malgré ces divergences dans le droit civil et dans le droit pénal, il reste assez de points de contact pour que cet important document, unique, je crois, soit consulté avec le plus grand fruit.

J'aborde maintenant l'examen de la question des *aliénés criminels* et des *asiles ou quartiers de sûreté.*

Le temps qui m'est assigné me commande d'être bref.

Je parle d'ailleurs devant des maîtres, médecins, magistrats ou administrateurs. Il suffit de leur indiquer les points principaux qui appellent la discussion; et je dois me souvenir d'ailleurs, qu'un des moins autorisés parmi vous, je dois être le plus discret.

Le premier point à traiter est celui-ci :

La séparation complète des aliénés criminels est-elle légitime ?

Je crois avoir répondu, dans mon préambule, à cette première question.

Non seulement cette séparation est légitime, mais la défense sociale l'exige non moins que l'intérêt des autres aliénés et de ceux qui les soignent et les gardent.

Inscrit dans les lois antérieures, cet intérêt social reste une des préoccupations de la loi de 1838 qui nous régit.

DEUXIÈME POINT. — *La loi de 1838 suffit-elle pour autoriser cette séparation, et pour permettre le placement des aliénés dits « criminels » dans des asiles spéciaux? — Ne convient-il pas de faire une addition à la loi de 1838 ou tout au moins au règlement de 1839?*

La loi de 1838 et l'ordonnance réglementaire de 1839 suffisent, à mon avis, sans aucune nécessité d'addition et de modification.

En droit, la séquestration d'office de *toute personne dont l'état d'aliénation compromet l'ordre public ou la sûreté des personnes* est une des bases de la loi. Ce

(1) Voir aux pièces annexes.

principe de défense sociale, affirmé dans les articles 18 et 19, se retrouve partout dans l'esprit comme dans le texte.

De plus, en prescrivant que chaque département serait tenu d'avoir un asile, ou de traiter avec un autre établissement pour le traitement de ses aliénés, la loi n'a fait et n'a voulu faire aucune distinction d'ordre médical ou administratif et judiciaire.

En fait, il s'est établi des asiles mixtes comprenant toutes les catégories; il s'est fait des asiles spéciaux pour les idiots, les épileptiques; certains établissements ont adopté des classifications beaucoup trop simples; d'autres ont pourvu plus sagement, dans la division matérielle des asiles, soit aux différentes formes de l'aliénation, soit aux phases diverses de calme, d'agitation ou de dépression par lesquelles elle passe.

La législation n'a reçu aucune atteinte de ces modes différents d'envisager le traitement et de classer les malades.

Bien plus, *la sûreté de Bicêtre*, au sujet de laquelle je répéterais volontiers l'appréciation du Dr Manning, si je n'avais l'honneur d'être Directeur de l'Assistance publique, *la sûreté de Bicêtre*, qui, à coup sûr, est *une prison* et n'est pas *un asile*, ne fonctionne-t-elle pas sous le régime de la loi de 1838, et serait-il interdit de mieux faire, sans menace de violer la loi?

Je me résume.

La loi actuelle suffit. C'est aux médecins et aux magistrats à l'appliquer, sous leur responsabilité et avec la double et constante préoccupation de l'*individu* et de la *société*.

Troisième point. — *A quelles catégories d'aliénés doit répondre la création d'un asile de sûreté?*

J'écarte d'abord les individus condamnés à plus d'un an de prison, *devenus aliénés pendant l'accomplissement de leur peine*.

Ces individus ne sont pas pour moi des *aliénés;* ce sont des *criminels;* ils jouissaient de leur raison quand ils ont commis les actes qui ont appelé sur eux l'action de la justice. — Qu'ils soient devenus aliénés ensuite, peu importe. — Ce sont des *criminels* tant qu'ils n'ont pas expié leurs crimes. — Qu'on les mette dans un quartier spécial de la prison, dans une sorte d'infirmerie à hautes murailles et à fortes serrures, où ils appartiendront au médecin de la prison en même temps qu'à la surveillance des gardiens : c'est là tout ce que l'humanité commande à leur égard.

L'État l'a d'ailleurs compris ainsi, puisqu'il a fait établir, à la prison de Gaillon, un quartier spécial pour les *condamnés* devenus aliénés pendant l'effet du jugement.

En dehors de ceux dont je viens de parler, l'asile de sûreté doit comprendre, à mon avis, les catégories suivantes :

1° Les individus dont l'aliénation a précédé le crime et qui ont été, soit *acquittés pour excuse de folie*, soit *mis hors de cause* pour le même motif, *pendant l'instruction;*

2° Les *prévenus de crimes* pour lesquels l'instruction est en cours et qui sont en observation médicale;

3° Les *dangereux*, comprenant les individus ayant subi une ou plusieurs condamnations pour crimes, ou même les individus qui n'ont pas subi de condamnations, sous la réserve de l'examen médical et de la constatation d'instincts homicides et de mœurs et habitudes perverses, qui justifient le placement au double point de vue de la sécurité des autres malades et du respect moral qui leur est dû.

Pour cette dernière catégorie (je parle des non-condamnés) je proposerais d'exiger, outre le certificat et la proposition du médecin de l'asile, une intervention du parquet et le certificat d'un médecin-légiste assermenté près les tribunaux.

Mais là ne doit pas se borner la composition d'un asile de sûreté.

Tandis que, dans les asiles et quartiers criminels de l'étranger, les femmes, aussi bien que les hommes, sont comprises dans les établissements spéciaux, la sûreté de Bicêtre ne contient que des hommes.

D'où il suit que, si l'on a pourvu, quoique bien imparfaitement selon moi, au placement des hommes, on n'a rien fait jusqu'ici pour les femmes qui se trouvent dans les mêmes conditions, et qui (l'expérience l'a souvent démontré) ont également besoin de dispositions spéciales de sûreté et de surveillance.

Je proposerais donc de placer dans une division de l'asile de sûreté :

1° Les femmes *aliénées avant d'être devenues criminelles* et qui ont été, *soit acquittées pour cause de folie*, *soit renvoyées des poursuites* pour le même motif, avant le jugement et pendant l'instruction;

2° Les *prévenues de crimes* pour lesquelles l'instruction se poursuit et qui sont en observation médicale;

3° Les *dangereuses*, dans une moindre proportion que pour les hommes en ce qui concerne les crimes ou les impulsions homicides, mais avec l'adjonction d'une *catégorie spéciale*, qui n'a été comprise jusqu'ici dans aucune classification à l'étranger : je veux parler des *filles publiques*.

La présence des *filles publiques* ou *filles inscrites* dans nos asiles est un fait extrêmement regrettable ; elle blesse le sentiment public et est une atteinte à la morale. Quelle que soit la situation de fortune, l'honneur est le même et a les mêmes droits au respect; et s'il y a une pudeur qu'il faut ménager davantage, c'est celle de la classe la moins aisée, afin d'encourager ce sentiment, de le réveiller ou de le faire naître. Mais est-il besoin de le surexciter? Combien de fois n'ai-je pas vu les parents se révolter à l'idée que leur mère, leur fille, leur femme, leur sœur, allait se trouver en contact, dans le même quartier, dans le même dortoir, lit à lit peut-être, avec une de ces créatures qui vivent depuis longtemps dans une atmosphère de vice, et ne songent qu'à recruter des prosélytes à leur libertinage et à leur dégradation. Et qu'on ne croie pas que la contamination morale soit seule à redouter; à côté de celle-ci, qui constituerait déjà une horrible menace, il y a la contamination physique dont les victimes sont d'autant plus faibles et nombreuses, qu'elles sont plus inconscientes ou plus surexcitées par la maladie!

Que l'on interroge à cet égard MM. les médecins de nos asiles: ils donnent à mon témoignage une plus grande autorité, celle d'une longue expérience;

ils diront avec quelle indignation ils ont subi jusqu'ici un état de choses contre lequel ils ont toujours réclamé.

Il ne faut pas se le dissimuler, le mal que je signale existe peu en province; s'il s'accuse davantage dans certaines régions, comme celles de Rouen, de Lille, de Lyon, de Marseille, de Bordeaux, le nombre des filles publiques devenues aliénées ne forme encore dans ces centres qu'une partie très minime de la population des asiles, tellement minime qu'on pourrait en avoir raison au moyen de quelques chambres d'isolement.

Mais à Paris, mais dans le département de la Seine, le chiffre est considérable: il y a des filles publiques, il y en a d'une manière constante dans les trois asiles de la Seine et à la Salpêtrière, et elles figurent dans le chiffre des entrées des femmes dans une proportion qui n'est pas moindre d'un sur trente-cinq à quarante.

Le temps me manque, Messieurs, pour aborder d'autres questions sur lesquelles je m'étais également préparé et qui touchent au mode de construction et à l'aménagement des asiles de sûreté.

Ces questions d'ailleurs sont subsidiaires. L'examen que vous ferez des questions principales peut et doit précéder ce qui a rapport à la construction et à l'aménagement des nouveaux asiles.

Il résulte, en effet, de ces échanges entre les hommes les plus compétents et les plus autorisés, des enseignements que les administrateurs devront mettre à profit à l'heure de l'exécution des projets.

Écouter les hommes de savoir et d'expérience, se pénétrer de leurs vues et s'assimiler leurs idées, c'est là le rôle de l'administrateur qui veut être utile.

DISCUSSION.

M. Barbier. Permettez-moi de vous dire, Messieurs, que je connaissais déjà ce Mémoire, ou plutôt les idées qu'il contient et qui ont été, de la part de M. Möring, l'objet de communications au sein de la Commission de surveillance des asiles du département de la Seine. Dans nos réunions, nous avons été frappés de la manière dont il a été rédigé et dont il a mis en relief des pensées qui pour la plupart sont très justes. Seulement, au sujet de cette question des filles publiques, je ne sais pas trop, quand on examinera cela de près, s'il serait bien pratique de les séquestrer d'une façon particulière.

M. Petit. Puisqu'il est question de filles publiques, je vous dirai qu'à Nantes il y en a une assez grande quantité. J'en ai peut-être une demi-douzaine sur 640 femmes; eh bien! elles sont étonnantes de bonne tenue; j'ai des hystériques et des érotomaniaques d'une excitation terrible, il n'y a pas d'autre expression; je défie qui que ce soit qui visitera l'asile de me dire quelque chose de mal sur la tenue de ces femmes, et quelquefois les plus dévergondées sont des personnes parfaitement élevées, qui appartiennent à des familles très honnêtes; ce sont elles qui tiennent des propos tels qu'il est impossible de savoir où elles sont allées les chercher.

M. Bouteille. Oui; mais en province on n'a qu'un petit nombre de filles

publiques; par conséquent il ne faut pas se dissimuler que l'exemple que les femmes reçoivent de la généralité des malades influe incontestablement sur leur tenue; mais dans les asiles de la Seine où la proportion est plus considérable....

M. Motet. 1 sur 35.

M. Bouteille. .....je ne crois pas qu'on trouve la même réserve et la même sagesse.

M. Petit. Je ne partage pas votre opinion sous certains rapports. Je ne crois pas que ce soit l'influence des autres femmes qui influe sur les filles publiques; elles se trouvent avec des femmes parfaitement élevées qui leur donneraient plutôt le mauvais exemple; qui, dès que vous paraissez dans les salles, relèvent leurs jupons jusqu'à la ceinture et se livrent aux provocations les plus singulières; les autres sont à côté d'elles et n'imitent cependant pas leur exemple. Ces jeunes filles, parfaitement élevées, ces modèles de mères de famille, vous tiendront les propos les plus orduriers, tandis que les autres ne vous diront pas un mot inconvenant.

M. Barbier. C'est une observation de fait; quant à moi, je crois devoir, en ce qui concerne les asiles de Paris, confirmer les observations contenues dans le travail de M. Möring. Je ne suis pas très fixé sur le degré de perversité dans les habitudes ou dans les attitudes des femmes qui ne sont pas des filles publiques; mais, à Paris, celles qui sont signalées comme ayant appartenu à cette catégorie des filles inscrites se sont toujours fait remarquer par leur cynisme. Peut-être la catégorie des filles publiques a-t-elle des effronteries et des mœurs particulières, c'est très possible; mais il est certain, et c'est ce qu'il faut constater, que, dans nos asiles, elles sont un objet de scandale et elles peuvent devenir, comme le dit très bien M. Möring, une cause de souillure, de contamination morale et peut-être physique.

M. Petit. J'admets parfaitement cette idée; mais cela donne encore plus de force au correctif admis par M. Möring; car, à Paris, vous avez les éléments suffisants pour organiser un quartier spécial, tandis qu'en province cela serait complètement inutile; nous sommes donc d'accord sur ce point.

M. Barbier. Si vous le permettez, Messieurs, je vais vous donner lecture d'une note qui est un résumé de la question soumise au Congrès: «Les mesures à prendre à l'égard des aliénés dits «criminels». Ce sont bien là les termes de la question qui figure au programme.

NOTE SUR LES MESURES À PRENDRE

À L'ÉGARD DES ALIÉNÉS DITS «CRIMINELS».

Tout le monde paraît d'accord sur les points suivants :

Un individu accusé de crime ou de délit et reconnu en état de démence au moment où il a commis l'acte imputé, est irresponsable vis-à-vis de la loi pénale (art. 64, C. P.).

De là, une première catégorie d'aliénés dits «criminels» : ceux qui étaient en démence lors de l'acte poursuivi par la justice répressive.

Une seconde catégorie se compose de ceux qui ont été condamnés pour crime ou pour délit, et dont l'aliénation se révèle et est reconnue postérieurement à leur condamnation.

Quelle est la situation légale des individus compris dans ces deux catégories? Il faut le rechercher successivement.

§ 1er. Un individu est poursuivi pour crime et délit.

Son état mental au moment de la perpétration de l'acte est mis en question. Après examen, la science a conclu à l'irresponsabilité de l'agent. La justice s'est ralliée à cette opinion, soit qu'une ordonnance ou un arrêt de non-lieu, soit qu'une décision d'acquittement soit intervenue devant la juridiction correctionnelle ou criminelle.

L'individu est placé en dehors de l'action de la justice répressive; mais il reste ou peut rester un être dangereux pour la sécurité publique.

La société a le droit et même le devoir de se préserver du péril qu'il lui fait courir.

Par quels moyens?

Dans l'état actuel de notre législation, la justice a ordonné sa mise en liberté, *s'il n'est retenu pour autre cause.*

Or, il peut être retenu *pour cause de sécurité publique.*

Aux termes de la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés (art. 18 et 21), il appartient à l'autorité administrative d'ordonner, si elle le juge nécessaire, la séquestration de cet individu. On signale des abus dans la pratique et une protection insuffisante de la société, par la raison que souvent l'Administration n'est pas renseignée sur la situation vraie de cet individu. Ces abus, s'ils existent, ne tiennent pas à une lacune de la loi, mais bien à une pratique vicieuse.

Des circulaires concertées entre le Ministre de la justice et le Ministre de l'intérieur peuvent mettre fin à une pratique abusive et donner à la loi toute l'exécution rationnelle dont elle est susceptible. Je ne puis admettre que, sous prétexte de corriger ces abus, on propose, comme l'a fait un vœu exprimé par la Société de médecine légale, «de transférer aux corps judiciaires les pouvoirs aujourd'hui confiés par la loi à l'Administration». La justice, suivant moi, serait disposée à refuser le présent qu'on voudrait lui faire. Elle est instituée pour la répression des crimes et délits; là se borne sa mission. Les décisions de justice prononcent sur le sort des *coupables :* à l'Administration le soin de statuer sur la situation des individus dangereux pour la sécurité publique. Voilà les principes essentiels auxquels, pour mon compte, je ne veux pas qu'il soit fait brèche.

Ainsi, l'individu acquitté comme irresponsable peut être retenu par l'Administration comme aliéné dangereux.

Mais il faut qu'il soit *aliéné* au moment où la décision de la justice devrait le rendre à la liberté.

Supposons en effet un agent en état de démence au moment du crime, mais guéri, *radicalement guéri*, au moment où il est jugé et acquitté.

En ce cas (rare sans doute), de par la justice, il est libre puisqu'il n'est pas coupable.

D'autre part, il est *inoffensif* (nous le supposons tel), et par conséquent la sécurité publique n'exige pas le sacrifice de sa liberté.

Les mêmes principes conduisent à la nécessité logique d'ouvrir les portes à l'irresponsable acquitté, mais qui a été *interné*, après son jugement, comme dangereux, dès qu'il cesse de l'être, c'est-à-dire *dès qu'il est guéri.*

Mais ici se dresse en fait une grave difficulté, grave surtout pour la responsabilité du directeur d'asile.

Cet individu *est-il guéri?*

Il s'agit par exemple d'un meurtrier, déclaré irresponsable d'un acte des plus sanguinaires, ayant jeté dans la population un effroi qui survit longtemps à la perpétration de l'acte lui-même. Les principaux symptômes d'aliénation ont disparu. L'individu semble guéri. L'est-il bien radicalement? Est-il à l'abri des *rechutes*, si dangereuses pour la sécurité publique?

Dans le doute, le médecin s'abstiendra le plus souvent d'autoriser la sortie; mais la question à décider est bien délicate. Il s'agit de savoir si le sujet *n'est pas en état de suspicion légitime de rechute.*

C'est ainsi que peut se caractériser cette situation particulière de l'*aliéné* dit «criminel» de la première catégorie.

Pour trancher une question si difficile, ce ne serait pas trop peut-être de faire appel à toutes les lumières et à toutes les responsabilités. La pensée d'une Commission mixte, appelée à trancher la question, se présente naturellement à l'esprit.

Trois éléments y seraient représentés:

La science d'abord, dans la personne du médecin au service duquel appartient l'individu et qui ferait nécessairement partie de la Commission;

L'Administration ensuite, dans la personne du préfet ou de son délégué;

Enfin l'autorité judiciaire, dans la personne du procureur général du ressort ou de son délégué.

Cette Commission pourrait, bien entendu, faire appel, si elle le jugeait nécessaire, au concours et aux lumières spéciales de tous autres médecins aliénistes.

Si la Commission estime que l'individu dont il s'agit *est suspect de rechute*, il est sursis à sa sortie. Ce sursis est-il indéfini?

Évidemment non. La pérennité de la privation de la liberté répugne à l'humanité autant qu'à la justice. L'effet du sursis ne pourra jamais dépasser une année.

Chaque année il y aura lieu à nouvel examen et à nouvelle décision de la Commission mixte, et, dans le temps intermédiaire, le sujet sera l'objet d'une surveillance et d'une observation spéciales.

§ 2. Reste à parler de l'aliéné, dit «criminel», de la seconde catégorie. Une solution analogue semble indiquée en ce qui le concerne.

Disons, en passant, qu'il semble devoir être placé dans un asile spécial. L'expérience faite au quartier de sûreté de Gaillon paraît devoir conduire à l'admission de cette idée.

Mais *quid*, quand il est libéré de la peine?

S'il reste manifestement aliéné, rien n'est plus simple. Sa sortie ne peut être ordonnée.

Si la guérison radicale est douteuse, ou, pour mieux dire, s'il est suspect de rechute, pourquoi ne pas faire fonctionner à son égard la Commission mixte?

Il est dans une situation moins favorable que l'aliéné de la première catégorie, qui a commis un acte délictueux, dans un état qui le rendait irresponsable. Le condamné dont nous nous occupons était responsable de l'acte délictueux pour lequel il a été frappé d'une peine. La suspicion de rechute, donnant naissance à un péril social, est bien légitime à son égard.

Donc la Commission mixte prononcera sur ce qu'il convient d'ordonner, son maintien ou sa sortie. Et qu'on n'objecte pas qu'il a payé sa dette à la société, et qu'on ne peut plus, sans illégalité, le retenir. Supposons qu'il sorte par l'effet de l'expiration de sa peine, à l'instant même il peut être réintégré, comme dangereux, dans l'établissement d'aliénés, en vertu de l'article 18 de la loi de 1838. Ce serait une puérilité de l'en faire sortir par une porte pour l'y faire rentrer par une autre.

§ 3. La double solution qui précède ne semble pas indiquer la nécessité de remanier la loi de 1838 ou d'y faire une addition. C'est l'exercice du pouvoir de l'Administration consacré par la loi, exercice dont les conditions paraissent être du domaine de la réglementation. Un décret du Chef de l'État suffirait donc pour déterminer les conditions légales dans lesquelles fonctionnerait la Commission mixte.

Cette solution me semble préférable, ainsi que je l'ai établi ci-dessus, à celle qui avait été l'objet du vœu émis par la Société de médecine légale et qui consisterait à « conférer aux corps judiciaires les pouvoirs aujourd'hui confiés par la loi à l'Administration ».

Si le Congrès partageait ces vues, un vœu en ce sens pourrait facilement recevoir une formule précise, et il semble qu'il aurait été ainsi répondu aux principales questions posées par M. le professeur Lasègue.

Voici, Messieurs, la formule que je vous propose :

Dans tous les cas où un individu poursuivi pour crime ou délit aura été relaxé ou acquitté comme irresponsable de l'acte imputé, à raison de son état mental, il sera interné dans un établissement d'aliénés par mesure administrative.

Si cependant sa sortie est demandée pour cause de guérison, avant que cette sortie soit ordonnée il devra être examiné si cet individu n'est pas *légitimement suspect de rechute*. Cet examen sera fait par une Commission mixte, composée : 1° du médecin de l'asile au service duquel appartient l'individu dont il s'agit; 2° du préfet du département ou de son délégué; 3° du procureur général du ressort ou de son délégué. La Commission pourra faire appel, si elle le juge nécessaire, au concours et aux lumières spéciales de tous autres médecins aliénistes.

Si la Commission juge que l'individu n'est pas suspect de rechute, sa sortie sera ordonnée. Dans le cas contraire, il sera sursis de droit à la sortie.

L'effet de ce sursis ne pourra se prolonger au delà d'une année. A l'expiration de chaque année, l'individu dont il s'agit, qui aura été l'objet pendant le temps intermédiaire d'une observation spéciale, sera soumis à un nouvel examen de la Commission mixte, qui statuera comme il est dit ci-dessus.

Ces dispositions sont applicables à tout individu interné par mesure administrative, à la suite d'une décision judiciaire intervenue sur des poursuites pour crime ou délit, à quelque époque que la sortie soit demandée, et quelle que soit la durée de l'internement.

Elles sont également applicables à la demande de sortie d'un individu condamné pour crime ou délit, et reconnu ultérieurement en état d'aliénation mentale.

Enfin le Congrès émet le vœu que des asiles ou quartiers spéciaux soient affectés à l'internement des individus condamnés ou poursuivis par la justice répressive, et relaxés ou acquittés en raison de leur état mental.

M. Barbier. Je touche, dans les dernières lignes, à ce qui a été dit lors de la discussion dont vous avez bien voulu me confier les éléments. Vous connaissez l'historique de la question soulevée et discutée devant la Société de médecine légale; après des discussions très vives, vous avez pu voir qu'on en est arrivé à cette solution, qu'on a émis ce vœu, que les pouvoirs de l'Administration, en ce qui concerne les aliénés dits «criminels», fussent transférés de l'Administration à l'autorité dite «judiciaire». Je ne partage pas cette manière de voir. Ce que nous devons faire, c'est adresser un appel à l'autorité législative en demandant aux Ministres de saisir les Chambres d'un projet de loi, ou attendre l'initiative parlementaire d'un député, initiative que nous ne pouvons pas provoquer, si ce n'est d'une manière officieuse. Eh bien! en admettant même que, soit par l'initiative parlementaire, soit parce que les Chambres seraient saisies par un projet du Ministre, la question fût portée devant elles, je crois qu'elle rencontrera d'extrêmes difficultés. Pour ma part, je suis d'avis qu'il n'appartient pas au pouvoir judiciaire de statuer sur autre chose que sur des faits qui constituent des infractions à la loi pénale, et c'est pour cela qu'est instituée la magistrature. L'Administration, au contraire, est instituée pour faire la police, dans le sens le plus élevé du mot...

M. Motet. Pour faire exécuter la peine.

M. Barbier. Et même, en dehors de toute idée de pénalité, pour préserver la société par des moyens préventifs; mais elle n'a pas le droit de la protéger par des moyens coercitifs. La détention préventive elle-même ne se justifie que par la nécessité où l'on se trouve, dans certains cas, d'empêcher une personne, accusée d'un crime considérable, de se soustraire à l'action de la justice; autrement la privation de sa liberté, à moins qu'elle n'ait été déclarée coupable, ne se justifie pas logiquement et *à priori*.

Il résulte de cette observation que la justice ne justifie son action, n'a une action légitime, que lorsqu'il s'agit pour elle de constater l'existence d'un fait qui constitue à un degré quelconque une infraction à la loi pénale; et quand cette infraction est constatée, elle devient la base d'une mesure répressive. Mais une mesure répressive qui ne serait véritablement qu'une mesure d'administration constituerait la confusion de tous les pouvoirs, de toutes les données entre les attributions de l'Administration et celles du pouvoir judiciaire. Je vous avoue que j'ai été bien étonné de voir, en lisant la brochure, que la

Société de médecine légale soit arrivée à une formule de ce genre : transférer les aliénés de l'Administration à l'autorité judiciaire. Quant à moi, j'y répugnerais complètement; et si j'insiste sur la création d'une Commission mixte, c'est que de cette façon vous avez l'autorité judiciaire dans une certaine mesure, mais tout à fait officieuse; il ne faut pas de décisions quasi-judiciaires; mais vous avez, auprès de l'autorité administrative, auprès des préfets, institué une commission dont les préfets font partie, ou dont fait partie la personne qu'ils désignent; vous avez le médecin qui est le plus écouté; car le magistrat, comme le préfet, ne se décide que d'après vos indications. Il est certain que le bon sens et la raison indiquent que la seule autorité qui puisse un peu fixer l'esprit de celui qui doit décider sur la question de savoir si tel individu est ou n'est pas en état d'aliénation, c'est le médecin. Jamais les magistrats ne consentiraient à prendre sur eux de déclarer fou un individu, sans consulter les lumières de la science.

Je me résume en disant : je crois qu'avec la création de cette Commission mixte, nous arriverons à n'avoir pas besoin de légiférer, ce qui est toujours très dangereux; mais nous aurons une amélioration apportée à ce pouvoir des préfets, à l'action administrative qui paraît quelquefois un peu abusive, et qui, d'après ce que j'ai entendu dire à plusieurs d'entre vous, est insuffisante au point de vue de la sécurité sociale.

DISCUSSION.

M. Bouteille. Je demande à faire une observation à propos de cette Commission mixte. Il me semble que M. le conseiller Barbier a seulement indiqué la présence dans cette Commission du médecin de l'asile. Je voudrais, s'il n'y a pas d'inconvénient, qu'on augmentât le nombre des médecins, parce que, dans une situation pareille, il me paraît assez difficile de laisser au médecin seul de l'asile toute la responsabilité de la décision qui va être prise; puisque, ainsi que l'indique M. le conseiller Barbier, la Commission évidemment se rangerait à l'avis émis par le médecin. Je demande, en conséquence, qu'à côté de l'élément non médical qui sera représenté dans la Commission, on place un élément médical plus nombreux, plus considérable.

M. Motet. C'est une simple addition.

M. Barbier. J'avais dit dans mes observations que le médecin au service duquel appartient l'aliéné dont il s'agit ferait nécessairement partie de la Commission; je n'ai pas entendu que cela dût exclure la présence de quelques autres individualités représentant la science.

M. Bouteille. Je n'en doute pas; seulement, comme tout cela sera réglé par des arrêtés ou des circulaires, il serait peut-être bon, si l'on est de cet avis, que la circulaire ou l'arrêté en fît mention.

M. Barbier. Ce n'est qu'un détail.

M. Motet. Ce sera l'objet de la discussion dans les commissions nommées par le Ministre pour étudier la question.

M. Petit. Je n'ai, Messieurs, que quelques mots à ajouter. Je dois dire d'abord que le médecin doit avoir assez d'expérience pour savoir ce qu'il fait et avoir le courage de son opinion. S'il a un doute, il peut toujours demander au préfet de lui adjoindre un autre médecin et même, si cela est nécessaire, deux ou trois; c'est une faculté qu'il faut lui laisser; mais je ne vois point la nécessité d'en faire une prescription rigoureuse.

M. Constans. Cela pourrait créer un antagonisme regrettable.

M. Barbier. S'il était possible que les trois éléments que nous désirons faire entrer dans la Commission fussent représentés par trois personnalités, remarquez qu'au point de vue de la décision il y aurait un grand avantage; le nombre trois est le nombre parfait, le nombre trois amène la décision sans partage possible, tandis que si vous composez la Commission de deux médecins, et de deux membres non médecins, vous pouvez avoir partage dans la décision.

M. Bouteille disait tout à l'heure que l'avis du médecin sera toujours décisif. Il le sera en effet le plus souvent, mais non toujours, parce que, en dehors des raisons qu'il fournira et qui seront tirées de l'observation qu'il aura faite de l'aliéné, il y aura les raisons qui seront tirées de l'étude du dossier, des antécédents de l'individu; et alors, d'après les penchants qu'on lui supposera avec plus ou moins de raison, la justice verra ce qu'elle doit faire.

On se trompera sans doute, la justice est faillible, mais enfin elle interrogera le passé de l'individu et dira : voilà un homme qui paraît dangereux; cela pourra être l'avis du délégué du préfet et du délégué du parquet, avis qui pourra prévaloir même sur l'appréciation médicale.

M. Motet. Parfaitement; cependant je crois qu'en pratique ce sera le cas le plus rare; il est évident que, peut-être 99 fois sur 100, ce sera l'avis proposé par le médecin qui dictera l'avis de la Commission mixte.

M. Constans. La décision relative à la guérison absolue ou à la guérison douteuse sera-t-elle basée seulement sur le fait même de cette appréciation de guérison complète ou incomplète ?

N'y aura-t-il pas d'autres observations adjacentes qui devront entrer pour une certaine part dans la détermination. Voilà, par exemple, un individu dont la guérison peut être plus ou moins apparente, certaine, ou plus ou moins douteuse. On convient qu'on le mettra dehors; mais cet homme que va-t-il devenir ?

L'espèce de vagabondage dans lequel il va rentrer le rendra dangereux. Je crois donc qu'il y aurait à tenir compte, dans nos éléments d'appréciation, du milieu dans lequel il va se trouver, et des conditions dans lesquelles il va y rentrer. Je ne voudrais pas que la sortie fût déclarée absolument sur le seul fait de l'appréciation du degré de guérison.

M. Bouteille. C'est à ce point de vue que je me plaçais en demandant qu'il y eût un plus grand nombre de médecins.

M. Barbier. Il me semble que l'observation de M. Constans montre qu'il y a là un des éléments moraux de l'appréciation de la situation de l'individu; et quelle est la question que se pose la Commission mixte?

Elle ne se pose pas seulement la question de savoir si l'individu est bien et radicalement guéri, c'est une question presque insoluble selon moi, mais elle se pose cette question : cet homme doit-il ou non être suspecté d'une rechute probable? Elle rencontre, dans la solution d'une pareille question, des éléments d'un ordre scientifique, c'est vrai, mais aussi d'un ordre moral dans une mesure considérable, et par conséquent ce n'est pas seulement une question de guérison plus ou moins radicale, plus ou moins probable que la Commission aurait à trancher; les éléments moraux qu'on signalait tout à l'heure entreront pour beaucoup dans l'appréciation de la Commission.

M. Constans. Si nous émettons un vœu, il faudrait que cette considération y fût énoncée; vous savez tous comme moi que toute mesure administrative ou législative est sujette à interprétation, et certainement je crois que nous sommes tous autorisés à penser qu'il y aurait des personnes dans les commissions qui interpréteraient la mesure qu'elles seraient appelées à prendre dans le sens rigoureux de la guérison ou de la non-guérison, abstraction faite de toute autre considération. Il y aurait là, je crois, un véritable danger.

M. Barbier. C'est une simple question de rédaction.

M. Bouteille. C'est à ce point de vue que je demandais que l'élément médical fût plus considérable.

M. Barbier. Si je ne me trompe, le Congrès se borne à émettre le vœu d'une façon générale et en indiquant un principe, mais en laissant, bien entendu, aux pouvoirs publics le soin d'étudier comme ils le jugeront convenable, par exemple, par la nomination d'une Commission, les conditions de réglementation.

M. Constans. Nous voyons dans les règlements administratifs des choses sujettes à interprétations qui sont loin d'être les mêmes partout.

M. Motet. Je vous demande la permission de vous rappeler ce qui s'est passé à la Société de médecine légale et comment la Commission a été amenée à demander qu'on transférât aux pouvoirs judiciaires ce qui appartient aujourd'hui à l'Administration. La Société avait été frappée de la facilité avec laquelle l'Administration se désintéressait dans les questions de sortie. Il suffisait qu'une demande de sortie fût présentée par le médecin pour que le préfet l'autorisât. La Société de médecine légale s'est demandé si, dans le cas où un individu reconnu aliéné, et ayant bénéficié d'une ordonnance de non-lieu, avait été placé par l'Administration dans un asile d'aliénés, il n'y aurait pas lieu pour la justice de surveiller cet individu, non plus comme un coupable, comme un homme qui lui a appartenu un jour, mais comme un individu dont la liberté, à un certain moment, pourrait subir une atteinte; s'il n'y avait pas lieu de le faire rentrer dans la classe de ceux dont le tribunal civil de première instance et, à Paris, la première chambre, s'occupent, lorsqu'il leur arrive une demande de mise en liberté ou une réclamation de la part d'un aliéné.

En vertu de l'article 29 de la loi de 1838, toute réclamation produite par un aliéné doit être renvoyée au tribunal de première instance, qui, en chambre du conseil, statue sur simple requête.

C'est cet article qui avait vivement frappé la plupart des membres médecins de la Société de médecine légale et qui leur avait fait dire ceci : Il n'y a pas, en vérité, grand chose à changer à la loi; cet article 29 interprété peut permettre de pourvoir à ce que nous demandons et à l'impossibilité de sortie trop rapide d'individus ayant commis un crime ou un délit à la suite duquel est intervenue une ordonnance de non-lieu.

Les médecins s'étaient ralliés dans cet esprit à la proposition de quelques-uns des magistrats qui avaient désiré qu'une partie des pouvoirs appartenant aujourd'hui à l'Administration fût déférée au pouvoir judiciaire. Ce n'était pas un bouleversement complet; c'était seulement demander que toute sortie d'un aliéné dit «criminel», n'ayant commis qu'un simple délit et ayant bénéficié d'un acquittement ou d'une ordonnance de non-lieu, ne pût se faire sans que la chambre du conseil du tribunal civil eût statué sur cette demande; et l'on y trouvait cet avantage, qu'on empêchait ainsi la sortie d'être aussi rapide et qu'on obtenait que la demande de sortie fût examinée.

Prenons Paris, par exemple. Est-il possible au Préfet de police, qui seul va statuer sur la sortie, d'examiner vingt, trente demandes qui lui arrivent chaque matin des asiles du département de la Seine? Cela n'est pas possible, il ne peut que donner une signature. Si un individu placé dans un asile à la suite d'une ordonnance de non-lieu ne pouvait pas en sortir sans que la chambre du conseil fût avisée, le médecin serait consulté et on lui demanderait sur quoi il base son avis; on obtiendrait quelque chose qui se rapprocherait beaucoup de la Commission mixte que vous désirez, quoique moins complet; voilà ce que proposaient quelques-uns des membres de la Société de médecine légale. J'étais, pour ma part, de cet avis; mais j'abandonne cette solution, trouvant meilleure celle que vous nous proposez.

M. Lunier. Il me semble que ceci se rapporte très bien au fait de sortie, une fois les individus séquestrés; mais il faut d'abord les séquestrer.

M. Motet. Nous n'avons à nous occuper que de la question de la sortie.

M. Barbier. Il s'agit d'un individu séquestré à la suite d'un fait qui lui était imputé comme un acte criminel et qui a eu le bénéfice, soit d'une ordonnance de non-lieu, soit d'un acquittement. Il a été néanmoins, à la suite de cet acquittement ou de cette ordonnance de non-lieu, interné; et puis, à un moment donné, il s'agit de savoir s'il est guéri. Le médecin dit: Je ne vois pas les symptômes de l'aliénation. Faut-il rendre cet homme à la liberté? La question est grave; car enfin cet homme peut faire courir de grands dangers à la sécurité publique.

J'avoue que, dans ces conditions-là, je ne vois pas qu'on puisse raisonner par analogie tirée de l'article 29 de la loi. Remarquez en effet que, dans l'hypothèse de cet article, il s'agit purement et simplement d'une garantie qu'on a voulu donner à la liberté individuelle, au moyen de l'intervention de l'autorité judiciaire protégeant contre la séquestration que l'on suppose injuste et non motivée. Ici ce n'est pas cela; il y a un problème extrêmement grave que nous touchons tous du doigt, c'est de savoir ce qu'on doit faire de cet

individu, qui semble guéri, qui cependant est bien suspect d'une rechute qui ne l'intéresse pas seul, mais qui intéresse aussi la sécurité sociale. Comment faire? Transférer au pouvoir judiciaire le droit de statuer sur sa sortie ou sur son maintien, suivant le vœu de la Société de médecine légale?

J'avoue que, pour les raisons que je donnais tout à l'heure, j'y répugne tout à fait. La magistrature n'est pas instituée pour cela, mais pour se mettre en face des faits qui lui sont signalés et qui constituent une infraction à la loi. Elle a à se poser à la fois une question de fait et une question de droit. En fait, l'infraction est-elle prouvée à la charge de l'individu? En droit, ce fait étant établi à sa charge constitue-t-il une infraction punie d'une peine que la justice applique? S'il n'y a pas de peine édictée, elle absout.

Mais vouloir que la justice, de sa seule autorité, vienne rendre une décision dans laquelle elle dira: Cet individu-là devra être maintenu à titre d'aliéné dangereux, j'avoue que c'est lui donner une responsabilité qui sort absolument du cadre de son fonctionnement normal....

M. Motet. C'est très juste.

M. Barbier.... et je crois qu'il vaut infiniment mieux nous en tenir à la loi de 1838, qui arme l'Administration, dans l'intérêt de la sécurité publique, du droit de s'opposer à la sortie d'un aliéné dangereux. Seulement, je le répète, puisqu'on a trouvé que dans le fonctionnement de ce pouvoir administratif il y avait quelques abus; que l'Administration n'était pas suffisamment renseignée; qu'on ne lui donnait pas toutes les facilités nécessaires pour lire dans le dossier, dans la procédure, et connaître ainsi les antécédents de celui sur le sort duquel il s'agit de statuer; que, près de l'autorité administrative, on institue une sorte d'auxiliaire; à côté de l'autorité du médecin, celle d'un membre du parquet ou d'une personne déléguée par le procureur général, et qu'alors la Commission mixte examine s'il y a lieu de considérer l'individu dont il s'agit comme étant exposé à une rechute probable et, par conséquent, comme constituant un danger public; auquel cas, sursis à la sortie, sursis qui, je le répète, ne sera pas indéfini, mais qui, dans ma pensée, ne devrait pas dépasser une année; et puis, au bout de l'année, la Commission de nouveau se réunirait; pendant ce temps le médecin aurait eu le temps d'examiner l'individu placé dans son service; et si, au bout de l'année, il paraissait évident à la Commission, mieux informée, qu'il y a lieu à la sortie, elle l'ordonnerait. Si les choses étaient restées en l'état, le sursis continuerait d'avoir son cours.

M. Lunier. Il y a là une question à résoudre tout d'abord; M. le conseiller Barbier a fait une observation très juste.

Le médecin d'un asile déclare qu'un individu est guéri, ou du moins lui paraît tel. Que faire en pareil cas?

M. Billod, dans sa communication, a dit ceci : «Quand le médecin a déclaré que le malade est guéri, le préfet est obligé de le faire sortir.»

C'est une erreur. L'article 23 dit : «Le préfet statuera sans délai», mais il ne dit pas qu'il ordonnera la sortie; son droit est parfaitement reconnu. M. Billod voulait soutenir cette thèse contraire, mais le fait est parfaitement certain. Le

législateur n'a jamais voulu dire que le préfet serait obligé de faire sortir; et cela est si vrai, qu'à l'occasion de placements volontaires, la loi dit : «Le préfet ordonnera la sortie», ce qui n'est pas du tout la même chose; il y a donc une grande différence entre l'article 13 et l'article 23, relatif aux placements volontaires. Voici d'ailleurs le texte de l'article 23 : «Si dans l'intervalle qui s'écoulera entre les rapports ordonnés par l'article 20, les médecins déclarent, sur le registre tenu en exécution de l'article 12, que la sortie peut être ordonnée, les chefs directeurs ou préposés responsables des établissements seront tenus, sous peine d'être poursuivis conformément à l'article 30 ci-après, d'en référer aussitôt au préfet, qui statuera sans délai.» — C'est-à-dire qui statuera dans la plénitude de son appréciation.

M. Billod, et c'est là le point qui nous divise, disait hier que le préfet n'a pas le droit de maintenir un individu après guérison déclarée. L'article 13, je viens de le dire, s'applique aux placements volontaires et non aux aliénés dangereux placés d'office; nous n'avons donc pas à nous en préoccuper.

M. Constans. Le préfet peut empêcher la sortie d'un aliéné placé volontairement.

M. Lunier. Oui, quand l'aliéné est dangereux, en vertu de l'article 14 et sur la demande du médecin; car il faut que le médecin intervienne. L'article 14 est très explicite : La famille demande la sortie; le médecin juge qu'il n'y a pas lieu, parce qu'il y aurait danger, et alors on transforme le placement volontaire en placement d'office. Les articles relatifs aux placements volontaires ne se rapportent pas aux aliénés dangereux, par conséquent nous n'avons pas à nous en occuper.

En ce qui concerne les aliénés dangereux, le préfet peut user, malgré la déclaration formelle du médecin, de son droit de maintenir l'individu.

M. Barbier. Le principe est écrit de la façon la plus formelle dans l'article 18: A Paris, le Préfet de police, et dans les départements, les préfets, «ordonneront d'office le placement dans un établissement d'aliénés, de toute personne interdite ou non interdite, dont l'état d'aliénation compromettrait l'ordre public ou la sûreté des personnes».

Donc, si le préfet est convaincu, dans son âme et conscience, que la sortie d'un individu interné, et qu'on lui déclare guéri, compromettrait la sécurité des personnes, il a le droit de s'opposer à la sortie.

M. Lunier. Je continue mon argumentation qui repose sur ceci : l'article 23 dit que, le droit du médecin étant limité à sa déclaration, le droit du préfet est absolu, comme préfet. Maintenant c'est, à mon avis, en vertu de l'article 23 qu'on peut faire intervenir cette commission. Il faudrait adresser aux préfets une circulaire leur disant : Monsieur le Préfet, toutes les fois qu'il s'agira de la sortie d'un individu ayant été l'objet d'un acquittement ou d'une ordonnance de non-lieu pour cause de folie, vous voudrez bien m'informer et vous entendre avec le parquet pour que la Commission mixte statue sur son compte.

Voilà, je crois, le moyen de sortir de cette difficulté avec l'article 23, qui dit que le préfet statuera sans délai. Au lieu de statuer, il peut tout simple-

ment en référer à la Commission spéciale, qui serait constituée d'avance et à laquelle on n'aurait qu'à renvoyer le dossier.

Je crois donc qu'une fois l'individu séquestré, l'article 23 donne toute satisfaction; mais nous nous trouvons toujours en présence d'une autre difficulté. Comment obliger les préfets à prononcer toujours la séquestration des individus qui sont mis à leur disposition? Voilà un autre obstacle.

Je vous disais que, dans certains départements, la Loire-Inférieure par exemple, sur dix malades qui sont renvoyés, le chef de bureau prenait cinq fois une décision de mise en liberté. — Cela se passait ainsi en 1867; j'ignore s'il en est de même aujourd'hui. — Vous me direz à cela qu'il s'agissait de légers délits; mais que ces délits soient graves ou légers, nous irons très loin si nous en laissons l'appréciation à un chef de division ou de bureau.

M. Petit. Je suis de votre avis.

M. Lunier. Il faut que, toutes les fois qu'un inculpé est mis à sa disposition, le préfet en prononce la séquestration, quitte à recommander au médecin de faire un examen spécial de cet individu en vue de la Commission qui serait créée. Il y a là une difficulté pratique très grande, parce que, si une circulaire en ce sens leur était adressée, les préfets pourraient répondre : «Je suis empêché par mon conseil général, qui veut que je limite le nombre des pensionnaires à tel chiffre.» Les conseils généraux sont souverains aujourd'hui et ils peuvent s'opposer à ce qu'on place tel malade dans telles conditions. Il faut dire aussi que, parmi ces individus qui sont mis à la disposition de l'Administration, il y en a beaucoup qui présentent pour la sécurité publique un danger très contestable. Voilà des vagabonds qui vont être arrêtés dix, quinze, vingt fois; ce sont des espèces d'imbéciles, d'arriérés, d'insuffisants. Je comprends, à la rigueur, qu'on hésite sur la séquestration d'un individu qui va être pendant trente ans peut-être à la charge d'un département. Si ces individus étaient enfermés au compte de l'État, cela mettrait fin à toutes sortes de difficultés. Voici donc la seconde proposition : «Ces aliénés seront au compte de l'État.» Les conseils généraux n'auraient plus à intervenir et les préfets auraient pleins pouvoirs. Mais pourquoi, me dira-t-on, ces individus doivent-ils être à la charge de l'État? Parce qu'ils ont commis des actes réputés crimes ou délits.

M. Barbier. J'adhère complètement à cette proposition afin de lever toutes les difficultés financières que peuvent soulever les conseils généraux.

M. Girard de Cailleux. Le placement ne concerne pas seulement le placement pour les aliénés non dangereux, mais pour ceux qui le sont. Toute personne peut demander le placement d'un aliéné, qu'il soit dangereux ou non.

M. Lunier. C'est une erreur légale, je demande la parole.

M. Barbier. Elle demande le placement; mais qui est-ce qui l'ordonne? C'est l'autorité.

M. Lunier. Il y a là, je le répète, une erreur légale.

M. Motet. C'est une confusion.

M. Lunier. Une famille n'a pas le droit de demander le placement d'un aliéné s'il n'est que dangereux; si le certificat du médecin ne constate pas qu'il n'y a pas seulement danger, mais nécessité de le faire soigner, ce certificat est nul.

Les placements volontaires ne peuvent pas être faits en vertu d'un danger public; ils peuvent être faits, l'article 8 est précis, en cas de nécessité de faire soigner l'individu, et non parce qu'il est dangereux; s'il est dangereux, cela regarde l'Administration et non la famille. La famille n'intervient qu'au point de vue du traitement et non au point de vue du danger. Elle s'adresse, en ce cas, au maire de la commune ou au commissaire de police, auxquels elle présente un certificat médical constatant que l'aliéné est dangereux.

M. G. de Cailleux. Je désire présenter une observation sur une question au sujet de laquelle nous avons eu de très vives discussions autrefois, à savoir: quels sont les aliénés dangereux ou non dangereux; si l'individu est aliéné, par cela même qu'il est aliéné, il est dangereux.

M. Barbier. Les termes de la question soumise au Congrès sont : «Des mesures à prendre à l'égard des aliénés dits «criminels». Il ne faut pas sortir de là.

M. Lunier. L'article 8 vise les placements volontaires; il s'agit d'aliénés dont la famille intervient en vue du traitement, de la guérison; il ne s'agit pas là d'une mesure de séquestration motivée par des considérations d'ordre ou de sécurité publics. Il ne s'agit là que d'une question de traitement. Que le certificat constate que l'individu est dangereux, soit; mais avant tout il doit constater que le malade doit être soigné. S'il est surtout dangereux, s'il compromet la sécurité publique, il faut faire intervenir la police.

M. G. de Cailleux. Par cela même qu'un individu est aliéné, il est dangereux. Il n'y a qu'à constater que tous les aliénés sont dangereux; la question sera ainsi tranchée.

M. Barbier. J'insiste pour qu'on ne sorte pas du programme relatif aux mesures à prendre à l'égard des aliénés dits «criminels».

M. Constans. La question, je crois, a été restreinte précisément à ces aliénés dits «criminels», et celle que soulève M. G. de Cailleux est presque tout à fait étrangère au sujet que nous voulons traiter. Eh bien, étant admis qu'il s'agit des aliénés dits «criminels», la réunion serait-elle d'avis d'adopter la proposition émise tout à l'heure, et qui consisterait à formuler un vœu tendant à la création d'asiles spéciaux pour ces malades aliénés?

M. Motet. C'est pour ainsi dire le corollaire obligé de la première question. Avec des asiles, avec des quartiers spéciaux, destinés à ces individus, il est incontestable que les difficultés créées par ces aliénés seraient prévenues si elles ne disparaissaient tout à fait.

M. Lunier. On pourrait réunir les deux mots : quartiers ou asiles.

M. Barbier. Asiles ou quartiers.

M. G. de Cailleux. Je demande à faire une observation sur la position de la question. Ce sujet avait déjà été traité avec une grande supériorité par M. Möring. On a examiné la question de savoir si ces aliénés dits «criminels» doivent être confondus avec les autres ou être mis dans des asiles spéciaux, au moment même où il y avait à Bicêtre un quartier appelé *quartier de sûreté.*

Partant de cette idée que tout aliéné est dangereux et que certains aliénés peuvent commettre des crimes sous l'influence de la folie, on se demande si ces personnes peuvent être traitées dans des asiles tout à fait spéciaux. C'est une question qui mérite d'être étudiée et sérieusement approfondie. J'ai connu, je citerai les faits, et les noms au besoin, un aliéné qui, sous l'influence d'une excitation maniaque, avait assassiné son père en lui plongeant un canif dans le cœur. Cet aliéné a été traité à l'asile de X... Il y est resté plus d'un an après constatation de la convalescence et de la guérison; près de deux ans après, l'autorité est intervenue, quand on a vu que cet individu, qui avait été aliéné, paraissait jouir de sa raison, et que ses actes ne donnaient lieu à aucun soupçon d'aliénation. L'autorité judiciaire est donc intervenue, et elle m'a, pour ainsi dire, forcé la main en exigeant que cet aliéné sortît de l'asile.

Devant cet acte, j'ai dû céder, et l'aliéné est sorti. Au bout d'un certain temps, il a été repris d'une nouvelle excitation maniaque, pendant laquelle il a assassiné sa mère de la même manière qu'il avait assassiné son père. Retour, bien entendu, par suite d'un arrêté du procureur impérial à l'asile de X...; au bout de deux ou trois mois, il avait encore repris l'usage de sa raison, et malgré cela, je l'ai gardé pendant deux ans. Durant cette période de temps et après trois mois de nouvelle convalescence, il avait, dis-je, recouvré l'usage de sa raison, si bien qu'on l'occupait dans les bâtiments aux services généraux. Il a réclamé avec une nouvelle insistance sa sortie de l'établissement. Prenant pour base de ma conduite ce principe indiqué par Ferrus dans son ouvrage sur les aliénés, qu'un aliéné qui commettait deux crimes devait, à son sens, être interné pour sa vie dans un établissement de ce genre, je me suis formellement opposé à sa sortie. Mais par une circonstance toute particulière, se trouvant dans les bâtiments des services généraux, il avait fait la connaissance d'une des bonnes employées dans l'établissement, pour laquelle il s'était épris d'amour; la bonne, de son côté, s'était éprise de ce malheureux; il y avait eu des relations plus ou moins suspectes entre eux, et je me suis trouvé dans une situation extrêmement pénible.

La bonne voulait se suicider si elle n'épousait pas cet infortuné, et lui voulait en faire autant s'il n'épousait pas la bonne. On prétendait que, si je m'opposais à la sortie de cet homme, c'est qu'il rendait des services à l'Administration et que, dans un intérêt évident, l'Administration ne voulait pas le rendre à la liberté. Le médecin qui m'avait suppléé pendant un certain temps, constatant que cet individu jouissait de la plénitude de sa raison et qu'il devait en conséquence sortir de l'établissement, en vertu même de l'article que vous indiquiez tout à l'heure : «Le préfet doit statuer sur la demande de sortie», avait demandé cette sortie. Le préfet me fit appeler et me fit connaître la situation. Le procureur impérial s'en mêla et il crut, d'accord avec mon suppléant, qu'il ne pourrait pas maintenir ce malheureux malade, cet individu soi-disant guéri

ou du moins qu'on pouvait considérer comme tel, avec crainte toutefois de rechute. Il ordonna, en conséquence, sa sortie de l'établissement. L'individu est marié depuis, et il est entré boulevard Haussmann, à Paris, en qualité de concierge; on ignorait, ai-je besoin de le dire, les circonstances de sa vie. J'ai averti le propriétaire, que je connaissais et qui s'est empressé de donner congé à cet infortuné, qui se conduisait d'ailleurs admirablement bien. Il est entré alors dans une autre maison où il sert depuis vingt ans. A partir de cette époque, il n'y a pas eu l'ombre d'une rechute, et l'individu est encore à Paris. Toutes les fois que, d'une manière ou d'une autre, il apprend mon arrivée, il trouve moyen de venir m'exprimer sa reconnaissance, que pourtant je ne mérite guère. Ce qu'il y a de certain, c'est qu'il se porte admirablement et qu'il ne s'est livré depuis à aucune tentative de meurtre.

M. Lunier. Quelle conclusion tirez-vous de cela?

M. G. de Cailleux. La conclusion que j'en tire, c'est, comme l'a dit M. Barbier, qu'il faut être très mesuré dans ces sortes de cas; c'est que, selon l'opinion de M. Dagonet, qui a pu paraître exorbitante, il faut examiner les conditions dans lesquelles se trouvent les aliénés dits «criminels» et ne pas leur fermer l'asile pour toujours quand ils sont susceptibles non seulement d'amélioration, mais d'une véritable guérison.

M. Lunier. Personne n'a jamais demandé qu'il en fût ainsi.

M. Constans. C'est justement ce que dit M. Barbier.

M. G. de Cailleux. Pour vous mettre à l'abri de tous ces inconvénients, il faut un nouvel examen.

M. Constans. Permettez-moi, Monsieur G. de Cailleux, de vous faire remarquer que vous n'étiez pas là quand M. Barbier a donné lecture de son Mémoire; il demande précisément la constitution d'une Commission mixte, qui se réunira tous les ans pour juger ces cas-là; elle pourra ajourner la sortie, mais elle ne prétend pas déclarer qu'on y renonce à tout jamais.

M. Lunier. Il suffit, en ce moment, de mettre aux voix la question des asiles ou quartiers spéciaux.

M. Constans. On demande s'il serait à propos d'émettre un vœu ayant pour but de poursuivre la création d'asiles spéciaux pour les aliénés dits «criminels». Il ne s'agit pas ici d'aliénés dangereux ou non dangereux; c'est un mot qu'il faut laisser de côté, sans cela nous rentrerions dans une discussion sans fin que M. G. de Cailleux entreprenait tout à l'heure. Il s'agit de savoir si l'on placera les aliénés dits «criminels» dans un asile spécial jusqu'à ce que leur sortie puisse être ordonnée, ou même jusqu'à la fin de leur vie, si cela est nécessaire, afin de ne pas les laisser dans les asiles ordinaires où leur maintien comporte de très grandes complications dans le service et devient préjudiciable aux autres malades.

M. Barbier. Nous disons : asiles ou quartiers spéciaux pour les aliénés dits «criminels», c'est-à-dire les aliénés renvoyés à l'Administration à la suite d'une ordonnance de non-lieu ou d'un acquittement.

M. Lunier. Cela dépendra de leur nombre; s'il n'y en a que trente par exemple, on ne créera pas un asile spécial.

M. le Président. Je mets aux voix l'adoption du vœu relatif à la *création de quartiers ou d'asiles spéciaux pour les aliénés dits* « criminels ».

(Adopté.)

M. le Président. Il y a une autre question qui rentre dans les conclusions du rapport de M. Barbier, qu'il est bon de mettre aux voix, c'est la question de savoir s'il est utile de demander la création de Commissions mixtes chargées de décider en dernier ressort de la sortie ou du maintien des aliénés guéris dont il s'agit.

La question de leur placement n'est pas élucidée.

M. Lunier. Je crois qu'il serait bon de demander qu'il soit envoyé une circulaire aux préfets pour les inviter à ne pas mettre en liberté les personnes déchargées par une ordonnance de non-lieu, qui rentrent dans la catégorie des aliénés qui nous occupent, sans examen préalable de la Commission en question.

M. le Président. M. Barbier a établi une distinction qui va rendre difficile la question que vous voulez poser.

M. Barbier disait : Voilà un homme qui a commis un délit ou un crime, il est reconnu qu'il était aliéné au moment du crime, mais vous le jugez et il n'est plus aliéné, l'accès est passé, il y a chances pour qu'il ne revienne pas. Il est acquitté, libre, vous ne pouvez pas le renfermer, dans la législation actuelle, tandis que, d'après votre proposition, il faudrait que le préfet pût le faire enfermer.

M. Lunier. C'est la Commission que vous voulez créer qui devra examiner s'il y a lieu à la mise en liberté pure et simple, ou s'il ne faut pas le renfermer comme mesure préventive.

M. le Président. Cela complique bien la question.

M. Petit. Lorsqu'un individu aliéné a été mis en accusation pour un fait réputé crime ou délit, qu'il est considéré comme inconscient, ayant agi sans discernement, il est acquitté et mis en liberté s'il n'a rien autre chose contre lui. Or, le préfet a le droit de le retenir pour cause de sécurité publique. C'est dans ces conditions qu'il pourrait être renvoyé devant la Commission, qui statuerait sur la question de savoir s'il doit être maintenu ou non.

M. le Président. En somme, voici comment doit être posée la question : *Tout individu réputé aliéné, renvoyé par ordonnance de non-lieu ou par acquittement, sera nécessairement soumis par l'autorité administrative à l'examen d'une Commission avant d'être libéré.*

(Cette proposition, mise aux voix, est adoptée à l'unanimité.)

La séance est levée à 4 heures.

SÉANCE PLÉNIÈRE DU MERCREDI 7 AOÛT 1878.

PALAIS DES TUILERIES (PAVILLON DE FLORE).

PRÉSIDENCE DE M. LE PROFESSEUR LASÈGUE, PUIS DE M. HACK-TUCKE.

SOMMAIRE. — Adoption du procès-verbal de la séance précédente. — Proposition de M. Barbier : MM. Lasègue, Lunier. — **Pathologie mentale et nerveuse.** — DES VARIÉTÉS CLINIQUES DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE, par M. le Dr Falret. — Communication de M. le Secrétaire général. — DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE À DOUBLE FORME, par M. le Dr E. de Lamaëstre. — VARIÉTÉS CLINIQUES DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE, par M. le Dr Daniel Brunet. — SUR LA FRÉQUENCE ET LES EFFETS DE LA CONGESTION CÉRÉBRALE CHEZ LES ALIÉNÉS, par M. le Dr Mordret. — RECHERCHES STATISTIQUES SUR LES MODIFICATIONS DE L'ORIFICE PUPILLAIRE DANS LA PARALYSIE GÉNÉRALE, par M. le Dr Doutrebente.

La séance est ouverte à 4 heures.

M. RITTI, *secrétaire*, donne lecture du procès-verbal de la séance précédente.

Le procès-verbal est adopté.

M. LASÈGUE. M. Baillarger, notre président, est absent, et m'a chargé de vous exprimer ses regrets. Appelé à le remplacer au fauteuil de la présidence, je veux, Messieurs, vous remercier de m'avoir nommé vice-président, ce qui me vaut l'honneur de prendre la parole à l'ouverture de cette séance.

Ainsi que cela avait été proposé à une des précédentes réunions, l'Assemblée, indépendamment de ses séances générales, s'est constituée plus familièrement sous forme de comité. Deux séances ont déjà eu lieu où l'on a examiné quelle pourrait être la législation nouvelle à établir relativement aux aliénés dits « criminels ». M. Barbier, conseiller à la Cour de cassation, qui a bien voulu prendre part à nos discussions, nous apporter le concours de ses lumières, a rédigé une sorte de programme qui a été déjà délibéré par les membres présents.

Ce qui a été décidé n'engage en rien le Congrès, mais il importe que celui-ci connaisse ce dont il s'agit. Notre pensée commune était qu'à la dernière séance il vous fût soumis un vœu répondant soit à la proposition de M. Barbier, soit à toute autre. Mais nous avons pensé qu'il était préférable de ne pas retarder cette communication.

Dans ce but, M. le Secrétaire général va vous donner lecture de la propo-

sition dont il s'agit. Ce n'est pas pour entamer une discussion, je le répète, que cette lecture est faite, c'est une simple mise en demeure pour vous de réfléchir sur la question.

M. Motet, *secrétaire général*, lisant :

Le Congrès international de Médecine mentale émet le vœu suivant :

Dans tous les cas où un individu poursuivi pour crime ou délit aura été relaxé ou acquitté comme irresponsable de l'acte imputé, à raison de son état mental, il sera interné dans un établissement d'aliénés, par mesure administrative.

Si cependant la sortie est demandée pour cause de guérison, avant que cette sortie soit ordonnée il devra être examiné si cet individu n'est pas *légitimement suspect de rechute*. Cet examen sera fait par une Commission mixte, composée : 1° du médecin de l'asile au service duquel appartient l'individu dont il s'agit ; 2° du préfet du département ou de son délégué ; 3° du procureur général du ressort ou de son délégué. La Commission pourra faire appel, si elle le juge nécessaire, au concours et aux lumières spéciales de tous autres médecins aliénistes.

Si la Commission juge que l'individu n'est pas suspect de rechute, la sortie sera ordonnée. Dans le cas contraire il sera sursis de droit à la sortie.

L'effet de ce sursis ne pourra se prolonger au delà d'une année. A l'expiration de chaque année, l'individu dont il s'agit, qui aura été l'objet pendant le temps intermédiaire d'une observation spéciale, sera soumis à un nouvel examen de la Commission mixte, qui statuera comme il est dit ci-dessus.

Ces dispositions sont applicables à tout individu interné par mesure administrative, à la suite d'une décision judiciaire intervenue sur des poursuites pour crime ou délit, à quelque époque que la sortie soit demandée, et quelle que soit la durée de l'internement.

Elles sont également applicables à la demande de sortie d'un individu condamné pour crime ou délit, et reconnu ultérieurement en état d'aliénation mentale.

Enfin le Congrès émet le vœu que des asiles ou quartiers spéciaux soient affectés à l'internement des individus condamnés ou poursuivis par la justice répressive, et relaxés ou acquittés en raison de leur état mental.

M. le Président. Ainsi, c'est bien compris, la proposition de M. Barbier est la suivante : lorsqu'il s'agira de la sortie d'un asile, d'aliénés dits « criminels », la demande de sortie sera soumise à une Commission mixte qui ne serait pas un tribunal, laquelle décidera s'il y a lieu ou non d'autoriser la sortie.

Ce serait en quelque sorte appliquer aux indigents ce qui se fait pour les aliénés internés dans des asiles payants. Les médecins se trouveraient déchargés de la sorte de la lourde responsabilité qu'ils encourent en faisant sortir de l'asile un aliéné criminel qu'ils croient guéri.

M. Lunier. Il y a deux autres propositions acceptées avant celle-ci.

M. le Président. C'est vrai, mais je viens d'indiquer la proposition fondamentale.

Nous allons continuer la série de nos travaux, mais auparavant je prie M. Hack-Tuke de vouloir bien nous faire l'honneur de me remplacer au fauteuil de la présidence et de diriger la discussion.

M. le D[r] Hack-Tuke remplace M. le professeur Lasègue comme président.

M. le Président. L'ordre du jour porte sur les questions concernant la

Pathologie mentale et nerveuse. La parole est à M. J. Falret, pour la lecture d'un Mémoire.

DES VARIÉTÉS CLINIQUES DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE.

M. le Dr Jules Falret, *médecin de l'hospice de Bicêtre.* Messieurs, depuis l'époque où l'on a découvert la paralysie générale, c'est-à-dire depuis 1822, l'histoire de cette maladie a parcouru plusieurs phases successives.

Elle a été d'abord étudiée exclusivement chez les aliénés, et on la considérait alors comme une simple complication ou comme une terminaison de l'aliénation mentale.

L'ouvrage de Calmeil, publié en 1826, et qui a été le point de départ de ces études, est, en effet, intitulé : *De la paralysie générale incomplète, considérée chez les aliénés.*

Bayle, il est vrai, dès 1822, avait donné à cette maladie le nom de méningite chronique et l'avait isolée des autres formes de maladies mentales, en la considérant comme une affection spéciale. Mais la plupart des auteurs qui l'ont suivi, et en particulier Esquirol, n'ont pas admis cette manière de voir; ils ont continué à l'envisager comme une simple complication de la folie. On allait même, à cette époque, jusqu'à admettre que toutes les folies pouvaient se terminer par la paralysie générale, qui devenait ainsi une terminaison presque nécessaire de l'aliénation mentale et surtout de la démence.

Chose remarquable, dans l'étude de cette affection, on a en quelque sorte marché à reculons. On a commencé par l'autopsie. On a d'abord découvert dans le cerveau des aliénés des lésions diverses, qui ont attiré l'attention des observateurs, et, après les avoir constatées, on a rattaché à ces lésions les symptômes paralytiques observés chez ces malades dans les dernières périodes de leur existence. Aussi n'étudiait-on, à cette époque, que les périodes ultimes de cette affection, et était-on arrivé à lui assigner une durée moyenne de six mois à un an environ. On n'était pas encore remonté au véritable début de la maladie.

Une seconde période dans l'histoire de la paralysie générale a été caractérisée par la tendance à envisager cette affection comme une maladie spéciale, ayant ses symptômes physiques et moraux, son anatomie pathologique et sa marche particulière. Cette opinion, déjà défendue dès l'origine, en 1822, par Bayle (qui avait donné à cette maladie le nom de méningite chronique), a été surtout introduite dans la science par Parchappe, qui, en 1840, l'avait appelée folie paralytique, tout en admettant quelques cas rares dans lesquels la paralysie générale pouvait survenir comme complication des folies anciennes.

A cette période en succéda une autre.

Jusqu'alors on n'avait étudié la paralysie générale que dans les asiles d'aliénés. A partir de 1846, on commença à en observer quelques exemples dans les hôpitaux ordinaires ou dans la pratique civile. MM. Requin, Sandras, Lunier, Brierre de Boismont, Duchenne de Boulogne, publièrent quelques observations

de paralysie générale progressive, dite «sans délire», ou du moins avec un degré très léger de démence simple, sans conceptions délirantes.

On vit alors deux opinions se produire à ce sujet parmi les médecins : les uns proclamaient qu'il existait deux espèces de paralysie générale, l'une avec délire et l'autre sans délire; les autres, au contraire, soutenaient que cette distinction n'était possible à établir que dans les premières périodes de la maladie, et que toute paralysie générale, dite «sans délire», finissait toujours par aboutir à l'aliénation ou à la démence paralytique. Cette dernière opinion, surtout défendue par MM. Baillarger et Lunier, finit par prévaloir. On en vint ainsi à constituer la paralysie générale progressive comme une maladie tout à fait spéciale, distincte de la folie proprement dite et intermédiaire entre les autres affections cérébrales et les diverses formes de l'aliénation mentale.

On en était arrivé à ce point, quand M. le professeur Lasègue publia sa thèse pour l'agrégation en 1853, et lorsque je soutins moi-même ma thèse pour le doctorat. Depuis lors une nouvelle évolution s'est faite dans l'histoire de cette maladie; c'est celle sur laquelle il importe surtout d'insister aujourd'hui. De nouveaux faits très importants sont venus s'ajouter à l'histoire de cette affection, et ces faits, nouvellement observés, ont singulièrement modifié sa description.

Le premier de ces faits d'observation est relatif à la durée de la maladie. On l'avait d'abord fixée à six mois ou un an. Plus tard on était arrivé à admettre qu'elle pouvait se prolonger pendant trois ans. Mais les observations nouvelles, que l'on a collectionnées depuis plus de vingt ans, ont conduit à étendre singulièrement la durée de cette affection. On a même publié des faits tendant à démontrer qu'elle pouvait se prolonger pendant dix, douze, quinze et même vingt ans! En un mot, tous les auteurs admettent aujourd'hui que cette maladie peut avoir une durée beaucoup plus longue que celle qui lui avait été attribuée par les premiers observateurs.

Ce fait général ne s'explique pas seulement par la longueur plus grande des premières périodes de la maladie, qui ont été mieux étudiées depuis une vingtaine d'années, et qui avaient échappé à l'attention des premiers observateurs; il s'explique surtout par la nature spéciale de certaines variétés particulières de cette affection. M. Doutrebente, à la suite du Dr Morel, son maître, avait déjà mentionné, dans sa thèse, ce fait général, que la paralysie générale, survenant chez des individus ayant des aliénés dans leur famille, avait une plus longue durée que celle qui se produisait chez des personnes non prédisposées à la folie. Dans une thèse récente, M. le Dr Camille Lionet a repris cette opinion et il a cherché à démontrer qu'il existait un rapport étroit entre la pathogénie et les variétés de marche de la paralysie générale. Sans insister ici sur ce point spécial de l'histoire de cette maladie, je crois pouvoir poser en principe que les paralysies générales dont la durée est la plus longue sont celles qui sont liées à l'hérédité morbide, et qui surviennent chez des individus dont les ascendants ont été atteints de diverses formes de maladies mentales ou nerveuses.

Un second fait, ajouté également depuis vingt ans à l'histoire de la paralysie générale, est relatif aux rémissions très prononcées qui peuvent se pro-

duire pendant son cours. Autrefois tous les auteurs admettaient que cette maladie une fois commencée était régulièrement progressive, sans interruption, jusqu'à la mort. Aujourd'hui, par suite d'un grand nombre d'observations recueillies par les auteurs les plus différents, on sait qu'il peut survenir dans son cours des rémissions plus ou moins prolongées, et que ces rémissions ne constituent pas seulement une variation de degré dans l'intensité des divers symptômes, mais représentent des différences tellement considérables dans l'état général des malades qu'elles peuvent arriver jusqu'à simuler la guérison. M. Baillarger, par exemple, se basant sur l'existence de ces rémissions, en est arrivé à admettre que la paralysie générale était susceptible de guérison. Mais quelle que soit l'interprétation donnée à ces faits, l'existence de ces rémissions très notables et très prolongées est maintenant un fait démontré. Et ces rémissions, qui peuvent être de plusieurs mois, et même de quelques années, ont acquis par cela même une grande importance, surtout au point de vue médico-légal.

Un troisième élément s'est encore introduit dans la description de la paralysie générale depuis vingt ans. Il est relatif à l'existence du délire mélancolique dans cette maladie qui semblait, autrefois surtout, caractérisée par le délire expansif et par le délire ambitieux. Ce fait avait déjà été mentionné, dès l'origine, dans les ouvrages de Bayle et de Calmeil, mais d'une manière tout à fait accessoire, et ces auteurs n'y avaient pas insisté, de même que leurs successeurs. C'est à M. Baillarger que revient l'honneur d'avoir attiré l'attention sur le délire mélancolique dans la paralysie générale. Non seulement il a établi (ce qui était déjà admis par quelques auteurs) que toute paralysie générale, de forme expansive, débutait ordinairement par un stade mélancolique, ce qui est déjà un fait clinique important; mais il y a ajouté cet autre fait plus important encore, que le délire mélancolique peut survenir à d'autres périodes de la maladie. Il ne consiste pas alors seulement dans des idées de ruine, d'empoisonnement ou de persécution (comme dans d'autres états mélancoliques), mais dans des conceptions délirantes spéciales, que M. Baillarger a appelées hypocondriaques, et que l'on peut caractériser d'une manière encore plus précise, en disant qu'elles sont relatives aux transformations de la personnalité. Ces malades s'imaginent, par exemple, qu'ils sont morts, ou bien qu'ils sont transformés dans leur personnalité tout entière, ou dans quelques-unes des parties de leur corps; ils croient n'avoir plus de bouche, n'avoir plus d'intestins, avoir une tête de bois ou une mâchoire de fer, des membres de plomb, etc. etc. Ce fait clinique très remarquable, constaté d'abord par M. Baillarger, a été vérifié depuis par beaucoup d'autres observateurs, et est aujourd'hui parfaitement établi. Ce délire mélancolique spécial peut se produire à divers intervalles dans le cours de la paralysie générale; il alterne même quelquefois chez le même malade, d'une manière plus ou moins régulière, avec le délire de satisfaction ou de grandeur.

Enfin un quatrième élément a encore été introduit dans l'histoire de la paralysie générale, depuis une vingtaine d'années, par M. Baillarger : c'est celui de la manie congestive. On peut résumer ainsi ce fait d'observation. Lorsque la paralysie générale se présente sous la forme maniaque, avec excitation vio-

lente, avec idées de grandeurs multiples et contradictoires, désordre excessif des actes et léger embarras de la parole, cet état peut recevoir le nom de manie congestive. Eh bien, il arrive assez souvent qu'après six ou huit mois de durée environ, cette excessive agitation s'apaise et fait place à un retour presque complet à la raison. Des malades qui ont présenté tous les signes caractéristiques de la première période de la paralysie générale, reconnaissent qu'ils ont été dans le délire, abandonnent leurs conceptions délirantes et reprennent presque toutes les apparences de la raison; la plupart d'entre eux restent, il est vrai, très abaissés intellectuellement, malgré la cessation du délire actif, mais quelques-uns peuvent reprendre en grande partie l'activité de leurs facultés intellectuelles.

C'est dans ces cas que M. Baillarger a admis la possibilité de la guérison de la paralysie générale. Il a été ainsi amené à diviser tous les cas de paralysie générale progressive en deux grandes catégories : l'une, la manie congestive susceptible de guérison, quoique se terminant souvent par la paralysie générale, et l'autre, la démence paralytique, toujours incurable et marchant régulièrement et progressivement vers la démence de plus en plus prononcée et vers la mort.

Eh bien! Messieurs, on ne peut nier que ces quatre éléments nouveaux, introduits depuis vingt-cinq ans environ dans la description de la paralysie générale, ont singulièrement modifié l'histoire de cette maladie.

Voilà une affection que l'on considérait, à l'époque où elle a été découverte, comme ayant des caractères physiques et moraux toujours les mêmes et dont on avait basé la description sur une seule de ses formes, sur la forme la plus commune et la plus fréquente, la forme expansive, qui avait servi de type aux observateurs. On la représentait alors comme toujours et régulièrement progressive dans sa marche; comme n'étant jamais susceptible de rétrograder ni de guérir; comme marchant toujours à pas lents, mais fatalement et régulièrement de la monomanie à la manie, et de la manie à la démence, pour arriver enfin à la paralysie de plus en plus complète et généralisée et à la mort. Eh bien, cette maladie qu'on croyait autrefois si uniforme dans ses symptômes et dans sa marche, se trouve renfermer aujourd'hui, sous un même nom et dans une même unité morbide, des états pathologiques tellement différents, par l'ensemble de leurs symptômes et par leur marche, que l'on en arrive à se demander, non pas si cette unité morbide, constituée par nos devanciers, doit être détruite pour en faire des maladies différentes, mais s'il ne conviendrait pas d'admettre, dans cette espèce morbide, qui comprend des états symptomatiques si divers, des variétés distinctes, susceptibles d'une description particulière, tout en conservant les caractères généraux de l'espèce morbide elle-même?

Il me paraît donc intéressant, Messieurs, de rechercher quelles sont les variétés cliniques que nous commençons à entrevoir dans l'histoire de la paralysie générale, sans toutefois les proclamer comme définitives, et d'en tenter ici une description très abrégée.

Comme première variété, nous devons mentionner d'abord la plus anciennement connue, la *paralysie générale progressive dite sans délire*, telle qu'on l'observe dans les hôpitaux ordinaires.

Pendant plusieurs années ces malades, qui présentent tous les symptômes physiques de la paralysie générale progressive et incomplète, ne paraissent pas atteints de délire. Si leur intelligence a baissé de niveau, comme cela est habituel, cet abaissement intellectuel est difficile à constater, et les phénomènes paralytiques dominent seuls la scène. Ils sont même plus prononcés que chez les sujets que nous observons tous les jours dans les asiles d'aliénés : embarras de la parole, tremblement des membres, difficulté de la marche et de la préhension, inégalité de dilatation des pupilles, etc. etc. Ces malades, qui vivent ordinairement plus longtemps que les autres, séjournent habituellement pendant plusieurs années dans les hôpitaux ordinaires, avant d'entrer dans les asiles d'aliénés; souvent même ils n'y sont jamais admis. Ils n'arrivent à la démence qu'après une longue durée de la maladie, et diffèrent certainement, sous beaucoup de rapports, des paralytiques généraux que nous sommes habitués à observer dans les asiles d'aliénés, bien qu'ils offrent avec eux de nombreux points de contact, qui ont permis de les faire rentrer dans le cadre de la même unité morbide.

Il en est de même d'autres individus appartenant à la variété de la paralysie générale que nous appellerons *variété congestive*. Ces malades se rapprochent sans doute par plusieurs caractères communs des aliénés paralytiques de nos asiles, mais ils en diffèrent cependant sous plusieurs autres rapports; ils ressemblent beaucoup plus aux malades atteints de congestions cérébrales successives ou de ramollissement du cerveau. Ils éprouvent, pendant plusieurs années, de petites congestions cérébrales peu intenses et de peu durée, laissant à leur suite de l'embarras de la parole, quelques symptômes de paralysie incomplète et un affaiblissement de plus en plus prononcé de l'intelligence, mais sans délire bien caractérisé, et ils peuvent vivre ainsi pendant plusieurs années, en marchant lentement vers la démence simple, sans présenter les autres symptômes de la paralysie générale, tels que nous les observons dans nos asiles. Ces symptômes ne se produisent ordinairement que plus tard, et alors seulement ces malades entrent dans les asiles d'aliénés, et revêtent les caractères habituels de la démence paralytique.

Ils diffèrent donc, sous plusieurs rapports, surtout dans les premières périodes de leur affection, de ceux qui sont atteints de la forme commune ou expansive de la paralysie générale, et méritent d'être décrits séparément comme représentant une variété distincte de la maladie.

Les mêmes réflexions peuvent s'appliquer aux individus atteints de la variété que j'appellerai *variété épileptique*. Ces malades éprouvent souvent, pendant plusieurs années, des attaques d'épilepsie se produisant à intervalles assez éloignés, n'entraînant à leur suite que des troubles légers et passagers de l'intelligence, et tellement analogues aux attaques d'épilepsie ordinaire que les cliniciens les plus exercés s'y trompent, et regardent ces malades comme atteints d'épilepsie et non de paralysie générale. Tous les médecins spéciaux ont observé des cas de ce genre. Mais M. le Dr Billod a surtout appelé l'attention sur ces faits intéressants, et il a publié plusieurs observations de malades, considérés d'abord comme affectés d'épilepsie simple, et qui plus tard sont devenus de véritables paralytiques généraux.

Il existe du reste, dans la science, un cas remarquable sous ce rapport : c'est celui du comte Chorinski, devenu l'objet d'un procès célèbre en Allemagne et sur lequel M. le D[r] Morel, de Saint-Yon, avait exprimé, devant les assises de Munich, une opinion, contredite alors par la plupart des médecins allemands, mais qui a été confirmée depuis par la marche de la maladie. Il l'avait considéré comme un aliéné atteint d'épilepsie larvée; l'observation ultérieure, ainsi que l'autopsie, ont démontré qu'après avoir présenté les symptômes de l'épilepsie larvée, ce malade a parcouru toutes les phases successives de la paralysie générale la mieux caractérisée, ainsi qu'il est facile de s'en convaincre en lisant le volume publié par le D[r] Hagen sur ce malade, avec son observation détaillée depuis sa naissance jusqu'à sa mort.

Une nouvelle variété qu'il convient de signaler, dans la description de la paralysie générale, c'est la *variété mélancolique.*

Non seulement la mélancolie s'observe fréquemment comme premier stade de la maladie, dans la variété commune ou expansive de la paralysie générale, ainsi que cela a été constaté par un grand nombre d'observateurs, mais l'état mélancolique se produit assez souvent dans le cours de la maladie. Il est même une catégorie de malades qui présentent surtout cette forme du délire mélancolique, soit seule, soit alternant, à divers intervalles, avec le délire de satisfaction et de grandeur.

Nous avons déjà signalé précédemment les caractères spéciaux de ce délire mélancolique survenant dans le cours de la paralysie générale ou dans certaines variétés de cette maladie. Ce qu'il importe d'ajouter, pour compléter la description de cette variété mélancolique, c'est l'indication des caractères physiques concomitants. Presque toujours, en effet, le délire mélancolique, dans la paralysie générale, coïncide avec des lésions de la nutrition et avec des périodes subaiguës de la maladie. Il semble alors que la méningite chronique, qui est la base anatomique de cette affection, prend momentanément une forme subaiguë qui se manifeste dans l'état général de la santé. Ces malades maigrissent d'une façon rapide et arrivent ainsi à un état presque cachectique. Ils refusent alors souvent les aliments, non seulement à cause du délire mélancolique qui fait naître chez eux des idées d'empoisonnement, ou leur fait croire qu'ils n'ont pas de bouche, pas d'estomac ou bien qu'ils ont l'intestin bouché, mais surtout à cause de l'état général de la nutrition qui leur donne un dégoût absolu pour la nourriture, une répulsion invincible et instinctive pour les aliments, surtout pour la viande, absolument comme dans les périodes cachectiques de la diathèse cancéreuse ou du diabète. Parmi les lésions des fonctions organiques qui existent également dans ces variétés mélancoliques de la paralysie générale avec troubles dans la nutrition, il faut encore noter l'augmentation générale de la température du corps qui est souvent élevée d'un degré au-dessus de l'état normal, avec un ralentissement très remarquable du pouls, comme dans la méningite des adultes ou des enfants, et une température plus élevée au sommet de la tête que dans les autres parties du corps. J'ajouterai à cette description très abrégée des symptômes physiques de ces variétés ou de ces périodes mélancoliques de la paralysie générale, un fait important à noter : c'est l'augmentation très grande de la quantité des

urines, une véritable polyurie, sans sucre, mais souvent avec excès d'urée ou azoturie. Ces symptômes, qui se lient à la période suraiguë ou cachectique de la paralysie générale et au délire mélancolique, sont encore augmentés par le refus absolu des aliments qui oblige souvent à appliquer la sonde œsophagienne pendant plusieurs semaines ou pendant plusieurs mois. Quelques-uns même ne peuvent pas traverser cette période très grave de la maladie et meurent par suite du refus obstiné des aliments. Cependant, en général, après deux ou trois mois environ passés dans cet état de cachexie générale avec délire mélancolique et état subaigu de méningite chronique, ces paralytiques se relèvent progressivement; ils reprennent peu à peu leurs forces et même leur embonpoint et tombent ordinairement ensuite dans un état de démence plus avancée que celle qui existait auparavant. Enfin, dans quelques cas rares, on a observé, à la suite de cet état physique et moral si grave, une période de rémission très prononcée qui a pu simuler la guérison.

Pour terminer cette énumération rapide des principales variétés, aujourd'hui connues, de la paralysie générale, il faut encore dire un mot de celle à laquelle M. Baillarger a donné le nom de *manie congestive*. Certains malades, en effet, après avoir présenté pendant plusieurs mois les symptômes habituels de la forme commune ou expansive de la paralysie générale, avec état maniaque violent, délire de satisfaction et de grandeur, grand désordre des actes et embarras léger de la parole, arrivent peu à peu à un tel état de rémission ou d'amélioration et reprennent tellement les apparences de la raison, qu'ils semblent guéris de leur accès de manie et peuvent rentrer dans la famille ou dans la société, quelquefois même y reprendre la position qu'ils y occupaient auparavant. Depuis que M. Baillarger a attiré l'attention sur l'existence de ces faits cliniques, tous les médecins spécialistes ont pu en constater de semblables, et j'ai eu moi-même, encore tout récemment, l'occasion d'en observer un exemple très remarquable.

Dans ces cas, qui sont cliniquement incontestables, que penser de la nature de la maladie? Sont-ce des exemples de manie congestive arrivée à la guérison, comme le pense M. Baillarger, ou bien ces faits ne représentent-ils qu'une première période de la forme maniaque ou expansive de la paralysie générale, suivie d'une longue période de rémission, simulant momentanément la guérison, mais devant se terminer fatalement, tôt ou tard, par le retour de la maladie primitive? C'est là encore aujourd'hui l'opinion qui prédomine parmi les médecins spécialistes. Dans la plupart de ces cas, en effet, sinon dans tous, on voit se reproduire plus tard tous les symptômes habituels de la paralysie générale aboutissant définitivement à ses dernières périodes et à la mort. Mais on ne peut pas nier que c'est là une variété spéciale dans la marche de la paralysie générale, qui mérite une description particulière.

Je ne voudrais pas, Messieurs, abuser plus longtemps de votre attention et insister plus longuement sur la description des diverses variétés de la paralysie générale, que je n'ai pu qu'indiquer très sommairement et qui mériteraient de devenir l'objet d'une étude plus attentive et plus détaillée.

Le but de cette communication a été d'attirer votre attention, Messieurs,

sur la phase nouvelle qui me paraît se produire aujourd'hui dans l'histoire de la paralysie générale. Après avoir traversé trois phases successives très distinctes, l'histoire de cette maladie, l'une des plus grandes découvertes du siècle dans notre spécialité, me paraît aujourd'hui entrée dans une quatrième période. Il me semble bien évident, en effet, que malgré le vif désir que nous avons tous de conserver intact le dépôt de l'unité morbide de la paralysie générale tel qu'il nous a été confié par nos prédécesseurs, nous ne pourrons pas résister plus longtemps au courant qui nous entraîne depuis une vingtaine d'années, et nous serons obligés d'établir des groupes et des catégories spéciales au milieu de cette immense collection de faits que l'on réunit aujourd'hui sous le terme générique trop vague de paralysie générale des aliénés. Si nous n'arrivons pas, comme le propose M. le professeur Lasègue, à considérer dès à présent la paralysie générale comme un vaste groupe d'affections cérébrales dans lequel il conviendrait d'établir plusieurs espèces morbides distinctes, au moins devrons-nous proclamer que, dans l'espèce morbide appelée aujourd'hui paralysie générale et que nous conserverons, avec les caractères communs qui lui ont été assignés par nos maîtres, il convient néanmoins d'établir des distinctions cliniques importantes. Il faut, en un mot, admettre des variétés dans l'espèce, si l'on ne consent pas à créer de nouvelles espèces morbides dans un genre plus étendu. C'est là, selon moi, que réside le véritable progrès qui nous reste maintenant à accomplir pour perfectionner la description de cette maladie telle qu'elle nous a été léguée par nos devanciers! (Applaudissements.)

M. le Secrétaire général. J'ai l'honneur de prévenir MM. les docteurs étrangers que MM. les Drs Constans et Rousselin, délégués de M. le Ministre de l'intérieur, leur offrent un exemplaire du Rapport de MM. les Inspecteurs généraux sur le service des aliénés. Ce travail contient les renseignements les plus importants; il vous permettra de vous rendre un compte exact du service des aliénés en France. Vous y trouverez, à côté des détails statistiques, un ensemble de considérations sur les différents asiles édifiés récemment et des notes historiques sur les asiles anciens.

M. le Président. La parole est à M. le Dr E. de Lamaëstre pour la lecture d'un Mémoire.

DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE À DOUBLE FORME.

M. le Dr E. de Lamaëstre, *directeur, médecin en chef de l'asile de Ville-Évrard.* Messieurs, il est une espèce particulière de paralysie générale à laquelle il est permis de donner le nom de paralysie ou de démence paralytique à double forme, à cause de l'évolution qu'elle présente, et du cortège de symptômes tout différents dont elle s'accompagne dans chacune de ses deux périodes.

De même qu'il y a une folie simple à double forme que l'on a désignée sous le nom de folie circulaire, de même la démence paralytique peut présenter chez le même individu une double série de symptômes vésaniques tout opposés, bien que le fond de la maladie reste le même.

La paralysie générale progressive, bien qu'entité morbide, peut revêtir toutes les formes de la folie :

1° La forme maniaque, qui est la plus commune ; c'est la forme que l'on pourrait appeler classique, et qui joint aux symptômes de la paralysie cet ensemble de troubles psychiques particuliers que l'on connaît, et qui s'étendent, depuis le simple contentement de soi-même jusqu'au délire des grandeurs et des richesses le plus accusé, avec une suractivité musculaire excessive ;

2° La forme mélancolique, depuis la dépression lypémanique simple ou hypocondriaque jusqu'au penchant au suicide le plus prononcé, se traduisant par des tentatives diverses, par une sitiophobie opiniâtre, avec inertie physique extrême, par opposition à la forme précédente ;

3° La forme épileptique, je ne veux point parler des phénomènes congestifs cérébraux avec accès convulsifs, tels qu'on les observe assez souvent dans le cours de la paralysie générale et particulièrement dans la forme maniaque ; je veux parler de cette paralysie générale dont le début s'annonce par des attaques épileptiformes, attaques qui constituent presque le seul symptôme pendant un espace de temps plus ou moins long, après lequel apparaissent les symptômes ordinaires de la démence paralytique ;

4° La paralysie générale sans délire, l'analogue en quelque sorte de la folie dite raisonnante dans laquelle le délire fait à peu près défaut ;

5° La paralysie générale à forme hémiplégique ou paraplégique, avec ou sans ataxie.

6° La paralysie générale à marche rapide avec symptômes typhiques, c'est le délire aigu ;

7° La paralysie générale à forme essentiellement lente et chronique, particulièrement susceptible de rémissions plus ou moins prolongées ;

8° Enfin la démence paralytique à double forme, dont je vais donner plus loin trois observations remarquables.

Tels sont les aspects principaux sous lesquels se présente la paralysie générale.

Je me suis borné, comme on le voit, à dresser un simple inventaire, afin de pouvoir consacrer ce Mémoire à l'examen de l'espèce que je me suis proposé de traiter devant vous.

La paralysie générale à double forme présente un caractère tout particulier, c'est le passage quelquefois immédiat d'une forme dans l'autre, sans période de rémission qui les sépare. Ces deux formes sont complètement différentes au point de vue des symptômes, bien que la maladie reste la même quant à son essence.

Dans la forme maniaque ordinaire de la démence paralytique, on observe quelquefois, à la suite d'accès d'agitation qui ont été violents et prolongés, un état d'abattement moral et une sorte de résolution musculaire, parfois très prononcés. Cette période de dépression a une durée plus ou moins longue ; à sa suite peut s'établir une rémission franche dans les symptômes psychiques, et même une certaine amélioration quant aux symptômes de paralysie.

On ne constate rien d'analogue dans la paralysie générale à double forme. Tantôt il s'opère une transformation rapide et complète dans l'évolution de la maladie, sans aucun état transitoire ou intermédiaire qui ressemble à une rémission; les deux formes sont bien distinctes. Il y a deux expressions symptomatiques complètement différentes et qui ne tendent point à se confondre.

Tantôt, au contraire, il y a fusion, mélange des deux formes qui alternent, sans constituer deux périodes d'une durée plus ou moins longue.

Mieux que toute description, les trois observations qui suivent donneront une idée bien nette de cette espèce de paralysie générale progressive.

Première observation. — M. D..., banquier, célibataire, âgé de trente-quatre ans, a mené une vie active, également partagée entre les plaisirs et des travaux intellectuels excessifs. Il n'existe chez lui aucune des manifestations ordinaires de la syphilis, bien qu'il croie avoir eu des accidents vénériens, et une salivation mercurielle sous l'influence du traitement.

Il y a un an environ, apparurent les phénomènes initiaux d'une paralysie générale consistant en : céphalalgies fréquentes, changement de caractère et d'habitudes, variabilité d'humeur, tenue moins recherchée, propos plus libres, écriture moins ferme, oubli des heures et des dates, et finalement spéculations hasardeuses qui l'ont rapidement conduit à la faillite.

Après quelques voyages, vainement entrepris pour enrayer les progrès du mal, M. D... passe six semaines à la maison de santé de Saint-James; il est, de là, transféré à Sainte-Anne; il nous arrive enfin, le 11 novembre 1877, après quelques jours passés dans cet asile.

Le malade se présente, à son entrée, dans un état voisin de la rémission.

Les seuls phénomènes observés sont : du côté physique, une légère hésitation de la parole avec tremblement des mains, et, du côté intellectuel, un certain degré d'affaiblissement de la mémoire avec idées expansives, mais sans délire appréciable.

Cet état satisfaisant se maintient pendant un mois environ. Durant cette période le malade se trouve assez bien pour qu'à un moment la question de sortie ait pu être agitée.

Dans les premiers jours de décembre, M. D... cesse d'être aussi expansif; il devient triste, taciturne, mange moins, marche très peu, parle à peine. Le 6 décembre, il se plaint de «mal à l'estomac», refuse toute nourriture et prend le lit. A la visite du lendemain, on constate l'embarras gastrique mêlé à de la constipation et de la rétention d'urine. Sous l'influence de purgatifs répétés, ces phénomènes de malaise ne tardent pas à disparaître, mais le malade ne fait aucun effort pour se remettre.

Il reste abattu, déprimé, parle d'une voix dolente, ne mange pas, refuse de se lever, et souffre qu'on le sonde tous les jours, affirmant qu'il lui est complètement impossible d'uriner seul.

La persistance de ces phénomènes anormaux ne tarde pas à révéler l'existence d'un véritable délire dépressif, avec prédominance d'idées hypocondriaques.

Ce délire et cette dépression s'accentuent de plus en plus les jours suivants. On force le malade à se lever, à manger, à accomplir seul les divers actes d'excrétion; mais il résiste, ou plutôt il a perdu toute initiative, ne cède qu'à la menace. Il reste assis toute la journée, abattu, sans jamais rien faire; il ne parle que très peu, à voix basse et seulement pour se plaindre; il reçoit ses visiteurs, même les plus chers, avec indifférence, sans plaisir. En même temps, et c'est là ce qui domine chez lui, il accuse toutes sortes de maladies. Tantôt c'est son urètre et son rectum qui sont engorgés et ne lui permettent plus d'uriner ni d'aller à la selle.

Un jour, il a une hernie; un autre jour, les épaules plus élevées que la tête; quelque-

fois il ne peut parler; d'autres fois il lui est impossible de marcher, il a un œil plus gros que l'autre, des douleurs dans tout le corps, etc.

Chaque jour amène son idée délirante et sa maladie nouvelle.

L'état physique a marché de pair avec l'état intellectuel. Les pupilles avaient été jusqu'alors sensiblement égales; à partir de ce moment il survient une inégalité de plus en plus prononcée en faveur de la gauche.

La parole, à peine hésitante au début, est devenue visiblement embarrassée, les jambes sont faibles, le malade a maigri; l'état général, peu satisfaisant, nécessite l'emploi des toniques. Un jour un malade le frappe sur l'œil gauche, en se retournant par inadvertance; il survient aussitôt un œdème de la paupière, qui ne se résorbe que lentement, et laisse à sa suite une *blépharoptose* qui met plus d'un mois à disparaître.

Cet état de dépression profonde dure jusqu'aux premiers jours de mars, trois mois environ.

A ce moment on constate qu'il s'opère une modification chez le malade, tant au point de vue physique qu'au point de vue intellectuel.

M. D... mange mieux; il fait plus d'exercice, il n'accuse plus de maladies extraordinaires et se plaint à peine encore de quelques douleurs dans les jambes.

Bientôt sa voix est plus forte, il devient loquace, bavard, gesticule en parlant, son sommeil est agité, son regard s'anime, il s'échauffe, ne tient pas en place, s'accroche aux personnes, trouve sa nourriture insuffisante, réclame à tort et à travers, et commence à écrire fiévreusement pendant le jour. Bref, le 24 mars on est tout surpris à la visite d'entendre M. D... parler de sa force prodigieuse sur le *cornet à pistons*, et se vanter d'avoir autrefois exécuté un solo sur cet instrument devant trente évêques crossés et mitrés. En même temps il nous remet une lettre dans laquelle, racontant sa généalogie, il parle d'un de ses aïeux, ami de Robespierre, qui a sauvé de l'échafaud quatre-vingts paysans condamnés à mort par le tribunal révolutionnaire.

Il s'est opéré, à n'en pas douter, une modification profonde dans l'état de notre malade.

La dépression a fait place à l'excitation maniaque; au délire triste a succédé le délire expansif.

Ces phénomènes s'accentuent de jour en jour; bientôt l'agitation est à son comble, et les mots de *milliards,* si fréquents dans la bouche des paralytiques mégalomanes, ne tardent pas à être prononcés.

M. D... adresse lettres sur lettres à tous les grands d'Europe; il va être conseiller général, député de Paris, ministre des finances; bref, il est atteint d'un délire des grandeurs des mieux caractérisés.

L'agitation augmente avec le délire.

Elle est bientôt tellement violente que, le 26 mars, on change le malade de quartier et on lui met la camisole.

Le 29 mars, M. D... a une attaque et tombe. Cette attaque, de courte durée et sans mouvements convulsifs, a pu être attribuée à un état syncopal, résultat d'une excitation aussi violente. L'état général s'aggrave; le malade reste couché; sa pupille gauche est dilatée, sa voix inintelligible, sa gorge sèche; ses lèvres fuligineuses se couvrent d'un enduit noirâtre.

Peu à peu cependant l'agitation devient moins vive : M. D... se lève, on lui ôte la camisole, il mange assez bien, mais il reste très faible, ses jambes flageolent, il a une marche d'ataxique.

Le 10 avril, l'état général semble s'être un peu amélioré. L'agitation est très violente par instants; le délire des grandeurs persiste, la parole est un peu plus compréhensible; ce sont toujours les mots de *milliards* qui reviennent, le malade doit nous distribuer des sommes colossales.

Aujourd'hui, 1er juillet, le délire des grandeurs existe encore, quoique moins accentué que dans les derniers temps; le malade est calme et même un peu déprimé.

Nous ne serions pas surpris de le voir bientôt retomber dans la période mélancolique et hypocondriaque du début.

Deuxième observation. — M. D..., trente-huit, ans, tapissier, venant de la maison Dubois, entré à l'asile de Ville-Évrard le 25 décembre 1877.

Je constate qu'il est atteint de démence paralytique avec hémiplégie droite incomplète, hésitation dans la parole, dépression et conceptions hypocondriaques diverses.

M. D... reste près de six mois dans cette période, caractérisée physiquement par de la dépression, et, au point de vue du délire, par les idées hypocondriaques les plus manifestes.

Il accuse toutes sortes de maladies.

Tantôt il se croit atteint d'une affection incurable de la vessie, son urine est verte et nauséabonde. Tantôt son estomac est complètement bouché et se refuse à laisser passer les aliments; d'autres fois sa gorge est tellement tuméfiée qu'il ne peut, dit-il, ni respirer ni avaler.

Sous l'influence de ces idées délirantes, le malade refuse toute nourriture, affirmant qu'il lui est impossible de manger; on est obligé d'employer chaque fois la menace et la force pour le contraindre à prendre quelques aliments.

Avril. — Le délire prend des proportions encore plus grandes. M. D... se croit mort; il se couche à terre et reste étendu toute la journée sans faire aucun mouvement. Il est très amaigri; son haleine est fétide.

Mai. — Il survient un ptyalisme tellement abondant, qu'au bout de quelques jours le malade, absolument épuisé et se nourrissant fort peu, paraît prêt à succomber.

Juin. — Tout à coup, au moment même où l'issue fatale semblait le plus à craindre, la maladie change subitement d'allure; le délire hypocondriaque et la dépression disparaissent pour faire place aux idées de richesse et à l'excitation.

M. D..., qui, la veille encore refusait toute nourriture, se met tout à coup à manger avec une voracité et une rapidité vraiment effrayantes. Son attitude est des plus gaies, il devient loquace, expansif, et montre à chaque instant ses bras, affirmant qu'il est doué d'une force physique prodigieuse et qu'il assommerait un bœuf d'un coup de poing.

La mégalomanie ne tarde pas à survenir. M. D... est baron, il va être décoré; l'asile lui appartient; il va faire construire d'immenses écuries, des basses-cours, des jardins, des fermes importantes; il se dispose à faire un voyage en Italie; il est propriétaire et rédacteur des plus grands journaux et il possède des millions, etc.

Juillet. — M. D... est tellement agité que l'usage de la camisole est rendu nécessaire. Les pupilles sont inégales et dilatées, l'embarras de la parole augmente au point de rendre presque incompréhensibles les discours du malade et la nature de ses divagations orgueilleuses.

Troisième observation. — M. Soul... (Achille), cinquante et un ans, capitaine en retraite, a séjourné quelque temps en Afrique, où il s'est probablement livré à des excès alcooliques.

La maladie mentale dont il est atteint remonte aux premiers mois de l'année 1877. Son invasion lente et progressive a été marquée par les phénomènes prodromiques ordinaires d'une paralysie générale. Le symptôme le plus saillant a consisté dans une excessive prodigalité peu en rapport avec la position de fortune et le caractère habituel du malade, qui s'est mis à acheter des chevaux de luxe et à faire exécuter de grands travaux de construction.

Trouvé errant dans la campagne dans le courant du mois de mars, il est envoyé à Sainte-Anne, d'où il nous arrive le 3 avril 1877.

Il se présente, à son entrée, avec les symptômes suivants :

Dans l'ordre physique, *hésitation de la parole* et *inégalité des pupilles;* dans l'ordre intellectuel, *idées de satisfaction* et *affaiblissement marqué de la mémoire.*

Il entre presque aussitôt dans une période de délire expansif accompagné d'une excitation physique considérable.

Tout d'abord il est pris d'un besoin exagéré d'activité. Il va, vient, se promène à grands pas, exécute des mouvements désordonnés et fait plusieurs tentatives d'évasion qui nécessitent une surveillance spéciale.

La parole s'embarrasse de plus en plus; le frémissement des lèvres devient très marqué.

En même temps les idées de satisfaction s'exagèrent. M. S... est bien portant, bien bâti, très robuste, très fort en gymnastique; bientôt cela ne lui suffit plus, et il se met à parler de son immense fortune, de ses écuries, de ses propriétés, de ses campagnes militaires, des grands travaux qu'il se propose d'entreprendre.

Cette période, qui a une durée d'environ quatre mois, est suivie d'une rémission incomplète caractérisée par la cessation du délire avec persistance de l'inégalité des pupilles et de l'embarras de la parole.

Mais à dater du mois de décembre, il s'opère chez notre malade une modification notable : son humeur devient inégale, brusquement variable, et bientôt il se trouve soumis à des alternatives de gaieté expansive et d'abattement profond qui attirent l'attention sur lui. Certains jours M. S... nous aborde en souriant pour nous parler de ses étalons, de ses tramways, de Dieu, de son château de l'Élysée; d'autres jours il reste sombre et abattu dans un coin sans tourner la tête, sans parler à personne; et si par hasard on l'interroge, il répond d'un air lamentable qu'il est très malheureux, qu'il n'a pas le sou, qu'il mène une vie misérable et qu'il est désespéré.

Le délire des grandeurs et le délire triste se manifestent souvent dans la même journée, à la même heure; quelquefois ils coexistent. Ainsi, à l'heure actuelle, M. S... est dieu, sénateur, ministre, époux de la Sainte-Vierge, il remue les milliards à la pelle et les distribue à pleines mains; dans un instant il va nous dire qu'il est vieux, laid, misérable, pauvre comme Job, et qu'il ne lui reste plus qu'à se laisser mourir.

Au reste, nous ne pouvons mieux faire, pour montrer cette coexistence des deux délires chez notre malade, que de transcrire ici quelques-unes de ses lettres, pour la plupart adressées à Dieu :

1° «A mon Dieu bien-aimé et bien affectionné au château de l'Élysée dont je suis le propriétaire et sénateur à vie et propriétaire du *Figaro,* ministre de la guerre et ministre des finances.

«Mon cher Dieu,

«Envoyez-moi mon cheval aujourd'hui. Ce drôle et ce misérable étalon est venu me conduire à Ville-Évrard, et j'avais été porté tout nu dans ma chambre.

«Il paraît que vous avez tout pris.

«Avez-vous l'intention de me laisser ici?

«Je vous préviens que j'ai l'intention d'en finir avec la vie misérable que je mène ici.

«Vous m'avez fait si laid, si vieux, que vous ne m'aimez plus, je le vois bien, *aussi j'aime mieux mourir.*

«Achille,

«le pauvre homme qui n'a plus de considération ni d'intelligence.»

2° «Mon cher et honoré bon Dieu,

«Si vous ne pouvez pas venir à midi, envoyez mon étalon tout de suite; il viendra droit à Ville-Évrard et sonnera et demandera M. Achille; comme il est très intelligent il me mènera de suite au château de l'Élysée.

«C'est encore l'étalon qui m'a conduit à Ville-Évrard. C'est un guignon dont je suis la victime.

«Je vous embrasse de tout mon cœur, mon cher Dieu.

«Toujours à Ville-Évrard, *je finirai par en mourir de chagrin* et toujours sans le sou.

«Ayez la bonté, mon Dieu, de me répondre tout de suite.

«Achille.»

Cette idée d'en finir avec la vie, d'abord passagère, se fixe peu à peu, et domine entièrement le malade dans ses périodes de prostration; bientôt elle l'obsède au point que le 12 mars on le trouve pendu par sa cravate aux pieux d'une palissade.

On le détache presque aussitôt, et le lendemain il est redevenu gai, souriant, content de lui-même, et prêt à s'envoler au ciel sur son plus bel étalon.

L'état physique ne s'est pas sensiblement modifié; la faiblesse musculaire, encore un peu prononcée, ne semble pas faire des progrès rapides, mais l'inégalité pupillaire persiste, l'embarras de la parole devient de plus en plus marqué.

Aujourd'hui, à la date du 30 mai, M. S... se trouve toujours sous le coup de son double délire.

Le plus souvent il est expansif et parle avec ostentation de ses richesses et de ses grandeurs; d'autres fois, mais plus rarement, il est triste, abattu, garde le silence, et se plaint en termes si vifs de sa malheureuse situation, qu'une nouvelle tentative de suicide de sa part n'aurait pas droit de nous surprendre.

Si je n'avais pas craint de donner à cette note une trop grande étendue, j'aurais pu ajouter quelques autres faits à ceux que je viens de relater; mais je pense que les trois qui précèdent suffiront pour donner une notion assez exacte de la paralysie générale, à double forme, dont il est permis de faire deux espèces.

Dans la première, les deux formes restent bien distinctes, sans mélange, comme les deux premières observations le démontrent.

Ainsi dans les deux cas, c'est la forme mélancolique qui ouvre la scène et qui se maintient invariable pendant plusieurs mois, et tout à coup, sans que l'on puisse saisir la cause de cette métamorphose, cette forme cède la place à une autre tout opposée, qui elle-même reste pure de tout mélange et constitue un contraste des plus frappants avec la forme précédente.

Dans la deuxième espèce il y a mélange et coexistence des deux délires. Ainsi, dans la troisième observation, c'est le délire expansif qui constitue la première forme, à laquelle, après une fausse apparence de rémission, succède le délire mélancolique. Mais ici, contrairement à ce qui a été observé chez les deux premiers malades, les deux formes se confondent à partir de ce moment et alternent, pour ainsi dire, d'un instant à l'autre. Ainsi un jour le malade se montre gai, loquace, forme des projets de construction ou de promenades en la société de Dieu; le lendemain, au contraire, il se montre à nous sombre, triste, découragé, garde un mutisme absolu, est poursuivi par des idées de suicide.

Ici, comme dans toutes les autres espèces de paralysie générale, le pronostic est toujours grave, mais il l'est moins eu égard à la durée de la maladie; car, chose bien remarquable, c'est au moment où l'on croit que les malades vont succomber par épuisement, qu'il s'opère tout à coup chez eux une transformation dans laquelle les malades semblent puiser de nouvelles forces, et, contrairement à toute attente, ils peuvent vivre encore plusieurs mois, ainsi que le prouvent nos deux premières observations, où, pendant la période maniaque, nous avons vu les malades réparer par une alimentation très abondante les pertes occasionnées par l'alimentation insuffisante de la période mélancolique.

Enfin, une autre cause qui fait que la durée de la maladie peut se prolonger un certain temps, c'est que les accidents cérébraux congestifs, à invasion subite et à marche rapide, sont moins à craindre ici que dans les autres espèces de paralysie générale.

Quant au traitement, il varie nécessairement suivant la forme, et pas n'est besoin d'en indiquer les moyens; ils se déduisent naturellement du cortège de symptômes qui sont complètement différents dans les deux cas.

(Applaudissements.)

M. le Président. La parole est à M. le Dr Daniel Brunet, pour la lecture d'un Mémoire.

VARIÉTÉS CLINIQUES DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE.

M. le Dr Daniel Brunet, *directeur-médecin de l'asile départemental d'aliénés de la Charente.* Messieurs, malgré le grand nombre de travaux qui ont été publiés sur la paralysie générale, il existe encore beaucoup de divergences d'opinions sur cette maladie entre la plupart des auteurs; aussi, avant de décrire ses variétés cliniques, me semble-t-il nécessaire de bien en préciser la nature, et d'indiquer les lésions anatomiques qu'elle présente.

Ma description sera basée uniquement sur les faits très nombreux que j'ai observés depuis vingt-trois ans.

La paralysie générale, qui constitue une espèce morbide très distincte, est produite par une inflammation chronique de la substance corticale du cerveau et des méninges qui la recouvrent, siégeant surtout sur les deux tiers antérieurs de la face externe de cet organe, inflammation qui aboutit à la désorganisation et à l'atrophie du tissu nerveux.

Les dénominations basées sur la symptomatologie, telles que paralysie générale des aliénés, paralysie générale progressive, paralysie générale avec monomanie ambitieuse, folie paralytique, démence paralytique, etc., donnent de cette maladie une idée erronée.

Je n'ai jamais vu la paralysie générale compliquer la folie simple, et les troubles de la motilité ne sont pas de nature paralytique. Ils consistent dans un défaut de coordination des mouvements volontaires, et dans des mouvements convulsifs, toniques ou cloniques.

La nature ataxique de ces troubles de la motilité avait été reconnue dès

1817 par Royer-Collard, alors médecin en chef de la maison de Charenton, qui les avait comparés, à juste titre, à ceux de la chorée.

Ce n'est qu'à une période avancée de la maladie qu'on peut constater un réel affaiblissement de la force musculaire.

Le nom de méningo-encéphalite diffuse chronique a une signification trop étendue : le cervelet reste ordinairement sain ou ne présente qu'une simple injection, et les lésions de l'isthme de l'encéphale sont nulles ou consécutives à celles du cerveau.

Le nom qui lui conviendrait le mieux serait celui de méningo-cérébrite diffuse chronique; par abréviation, j'emploierai celui de *péricérébrite.*

S'il ne peut être adopté, il serait préférable de donner à cette maladie le nom de Haslam qui le premier l'a signalée en 1798, comme on a fait pour la néphrite albumineuse, plutôt que de continuer à se servir de dénominations basées sur une symptomatologie vicieuse.

Les lésions anatomiques consistent dans une hypérémie avec extravasation sanguine des méninges et de la substance corticale du cerveau, bientôt suivie d'épaississement et d'adhérence de ces méninges à cette substance toujours ramollie, injectée et plus colorée qu'à l'état normal.

Ces adhérences ne manquent jamais, à moins que les malades ne succombent à la première période, et le plus souvent même alors on constate un commencement d'adhérence; les membranes se détachent moins facilement, happent la substance corticale, ou entraînent de légères parcelles de cette substance le long de leurs vaisseaux, ce qui donne à la couche corticale un aspect pointillé.

L'atrophie du cerveau est constante dans la péricérébrite, à moins que la maladie ne soit de courte durée, et elle est toujours en rapport avec l'intensité des phénomènes inflammatoires dont les adhérences sont un signe certain. Les nombreuses pesées que j'ai faites ne laissent aucun doute à cet égard.

Le cerveau pèse moins, non seulement par suite de la diminution de son volume, mais aussi à cause de sa moindre densité produite par sa dégénérescence graisseuse.

Quand les troubles de la motilité prédominent d'un côté du corps, les adhérences aussi bien que l'atrophie sont plus marquées sur l'hémisphère cérébral du côté opposé que sur l'autre.

Au microscope, on constate, au début, une distension considérable des vaisseaux capillaires, une extravasation séro-sanguine le long de leurs parois, une turgescence des noyaux et des cellules de la névroglie.

Au bout de peu de temps apparaissent l'hypergénèse et l'hypertrophie de ces éléments qui donnent lieu au développement de fibres lamineuses et de vaisseaux sanguins. C'est à ce travail hyperplastique que sont dues la production de néo-membranes à la face interne de l'arachnoïde pariétale, l'épaississement et l'opalescence de l'arachnoïde viscérale, l'augmentation de vascularité et le ramollissement de la substance corticale. Il ne se forme pas de fibres lamineuses dans cette substance, tandis que la production de nouveaux vaisseaux y est incontestable; on dirait parfois un véritable tissu érectile.

Quand l'inflammation est intense, on trouve même des leucocytes, et j'ai vu,

dans deux cas, sur l'arachnoïde viscérale de petites granulations blanchâtres très nombreuses, du volume d'un grain de semoule, qui étaient de nature purulente. Elles étaient formées en effet de leucocytes plus ou moins granuleux, de noyaux embryoplastiques, de granulations graisseuses et de matière amorphe.

A ce travail hyperplastique succède un processus régressif; on aperçoit alors un grand nombre de granulations graisseuses dans la substance corticale du cerveau, déposées surtout le long des parois des vaisseaux sanguins et sur les éléments de la névroglie. Les tubes nerveux sont en grande partie résorbés, n'ont plus de connexions avec les cellules nerveuses de la substance corticale et avec les tubes nerveux de la substance blanche. Les cellules nerveuses ont diminué de volume, ont perdu leurs prolongements, se sont incrustées de granulations pigmentaires et graisseuses. La matière interstitielle est parsemée des mêmes granulations et, de plus, de granules d'hématosine et de cristaux d'hématoïdine.

La substance corticale du cerveau est toujours ramollie, tandis que la substance blanche, surtout au niveau des circonvolutions les plus enflammées, s'indure en même temps qu'elle s'atrophie, ce qui tient à un état scléreux de cette substance; état très marqué surtout dans la péricérébrite à forme lente et qui est dû à une irritation de la névroglie de cette substance. Cette irritation peut être produite par la séparation de ses tubes nerveux des cellules de la couche corticale, qui sont pour eux des éléments trophiques.

Variétés cliniques. — Les variétés de la péricérébrite sont très nombreuses, et dépendent de l'intensité, de l'étendue et du siège des phénomènes inflammatoires.

La péricérébrite chronique peut envahir la plus grande partie de la substance corticale du cerveau, et entraîner la mort dans l'espace de quelques jours, de quelques semaines.

Cette péricérébrite, qu'on appelle subaiguë, se confond, quand elle est très intense, avec la péricérébrite aigüe, et quand elle a une intensité moyenne, avec la péricérébrite à marche rapide. La quantité de fibrine du sang est augmentée; elle s'élève à quatre et cinq millièmes, comme je l'ai constaté pendant mon internat à Charenton, et il se forme quelquefois une couenne blanchâtre sur la surface de la saignée.

Elle est caractérisée par de l'agitation, du délire, de l'incohérence et de la fièvre; si elle ne se termine pas par la mort, elle donne lieu à une des formes diverses de la péricérébrite chronique, que je vais étudier.

La durée moyenne de la péricérébrite chronique est d'une à deux années; elle peut revêtir une forme lente, et durer dix, quinze, vingt ans.

Elle est continue ou rémittente.

Les rémissions de la péricérébrite chronique tiennent à la disparition du travail hyperplastique de la substance corticale du cerveau, à un commencement de résorption des granulations graisseuses.

Au point de vue des troubles intellectuels que présente la péricérébrite chronique, on peut admettre quatre formes de cette maladie :

1° Une forme *maniaque* caractérisée par du délire général avec incohérence;

2° Une forme *ambitieuse* avec délire partiel de nature gaie;

3° Une forme *mélancolique* avec délire partiel de nature triste ;

4° Une forme *démente* dans laquelle l'intelligence est affaiblie sans qu'il y ait délire.

Tous les troubles possibles de l'intelligence peuvent, du reste, se rencontrer dans la péricérébrite chronique, et il serait facile d'augmenter le nombre de ces formes, d'admettre, par exemple, une péricérébrite avec stupeur, une autre avec agitation, et une péricérébrite à double forme, suivant que l'agitation et la stupeur se succèdent l'une à l'autre. Cela serait sans aucun intérêt médical, les classifications actuelles de la folie étant purement artificielles, n'étant basées, comme l'a justement fait remarquer Morel, que sur des symptômes communs à plusieurs affections, et dont on a voulu, à tort, faire des entités morbides.

Dans les formes ambitieuses et mélancoliques, le délire partiel n'est jamais bien systématisé. Il est vague, diffus, extravagant; les idées sont troublées au point que les malades n'ont plus conscience du sentiment de leur personnalité. L'excès de subjectivité est poussé jusqu'aux dernières limites du fétichisme, et il n'est pas rare de voir des malades, atteints de cette maladie, prétendre que tous les corps du règne inorganique sont doués, comme les êtres vivants, de vitalité et de facultés intellectuelles.

La forme ambitieuse est de beaucoup la plus fréquente; elle peut ne consister que dans quelques idées de contentement ou présenter le délire le plus outré, le plus absurde qu'on puisse concevoir.

Dans la forme mélancolique, les idées tristes sont le plus souvent de nature hypocondriaque, et le délire spécial décrit par M. Baillarger, dans lequel les malades prétendent n'avoir pas d'organes, les avoir obstrués, changés, sans être spécial à la péricérébrite, a une grande valeur diagnostique.

La forme ambitieuse et la forme mélancolique peuvent exister simultanément, ou se succéder l'une à l'autre.

La péricérébrite débute par du délire accompagné de légers mouvements convulsifs de la face, d'un léger embarras de la parole, de raideur des membres, et ce n'est qu'au bout de quelque temps que survient l'affaiblissement de l'intelligence.

Cet affaiblissement peut rester seul, alors que le délire a disparu, mais ce n'est que dans quelques cas exceptionnels qu'il débute d'emblée et ne se complique, pendant tout le cours de la maladie, d'aucun signe de perversion des facultés intellectuelles.

La forme démente est souvent admise, faute de renseignements suffisants sur les symptômes de la première période, faute d'un examen assez prolongé.

Les formes que présente la péricérébrite, d'après les troubles de la motilité, tiennent à la prédominance de ces troubles dans certaines parties du corps.

Ils peuvent prédominer d'un côté du corps, ou même n'exister que d'un côté, d'où une forme hémiplégique complète ou incomplète.

Ils peuvent être plus marqués aux membres inférieurs qu'aux membres supérieurs, dans un bras que dans une jambe, et *vice versâ.*

Dans cinq cas j'ai vu la péricérébrite diffuse chronique survenir chez des individus atteints d'épilepsie, et plusieurs fois en outre j'ai constaté que l'épilepsie pouvait être produite par une inflammation partielle du lobe moyen du cerveau.

Dans cette forme de péricérébrite, on peut donc admettre que l'inflammation, d'abord circonscrite à un point limité, s'est étendue ensuite à une grande partie du cerveau. C'est la forme démente que j'ai observée dans ces cinq cas.

Les hallucinations sont rares dans la péricérébrite et s'observent le plus souvent dans celle qui est accompagnée de délire triste.

On peut admettre aussi des formes de péricérébrite d'après l'âge, le sexe, l'état social, la cause productrice de la maladie.

La péricérébrite se montre surtout de trente-cinq à cinquante-cinq ans; mais on peut la rencontrer à tous les âges de la vie.

J'ai trouvé les lésions caractéristiques de cette affection chez quatre enfants atteints d'idiotie profonde avec crises épileptiques fréquentes.

Chez les vieillards, on observe surtout les formes maniaques et démentes, et les lésions inflammatoires sont moins prononcées.

La péricérébrite chez la femme est moins fréquente, de plus longue durée, présente des lésions inflammatoires moins intenses que chez l'homme.

Elle sévit plus dans les classes pauvres que dans les classes riches, dans les grandes villes, les grands centres industriels qu'à la campagne.

Elle est produite le plus souvent par des causes morales; mais elle peut se rattacher aussi à différentes causes physiques: chute d'un lieu élevé, insolation, refroidissement, erysipèle, suppression du flux menstruel ou hémorrhoïdal, substances délétères, alcool, plomb, absinthe, etc.

Les péricérébrites alcooliques et saturnines ont des lésions anatomiques moins graves, sont plus facilement curables que les péricérébrites produites par d'autres causes.

Dans les deux cas de péricérébrite diffuse de nature traumatique que j'ai observés (l'un avait succédé à la chute d'un échafaudage, et l'autre à une chute de voiture dont le cheval s'était emporté), la maladie a présenté la forme ambitieuse.

La péricérébrite peut offrir un grand nombre de complications, elle peut être accompagnée d'ataxie locomotrice, d'amaurose, de surdité, de paralysie des nerfs crâniens, d'analgésie ou d'hypéresthésie cutanée. Ces complications sont rares.

Elle détermine presque toujours la mort; elle guérit quelquefois complètement sans laisser aucun trouble cérébral. C'est ainsi que j'ai obtenu plusieurs cas de guérison, dont un dure depuis douze ans, par le bromure de potassium et le tartre stibié à haute dose, traitement qui, avec les bains tièdes prolongés, me réussit le mieux; mais le plus souvent les guérisons ne sont qu'incom-

plètes, ce ne sont que des rémissions. La maladie subit un temps d'arrêt pour reprendre ensuite sa marche progressive vers une issue fatale, sous l'influence d'une nouvelle congestion.

Le cerveau désorganisé n'a plus toute son activité, et la dégénérescence des vaisseaux, en affaiblissant leurs parois, est une nouvelle cause d'hypérémie et d'extravasation sanguine.

M. Baillarger conteste l'individualité de la péricérébrite chronique, en tant qu'espèce morbide distincte, et appelle folie congestive la première période de cette maladie, quand elle est caractérisée par du délire et des troubles de la motilité peu considérables.

C'est là une opinion que je ne saurais admettre, et qui me semble même dangereuse au point de vue thérapeutique, parce qu'elle pourrait nous empêcher de recourir à un traitement énergique; la congestion ne produit pas de troubles de nutrition aussi graves, de même nature que ceux que nous avons cités plus haut, et il est impossible d'ailleurs d'établir une ligne de démarcation entre la première et la seconde période de la péricérébrite, entre la folie congestive et la démence paralytique, comme les appelle M. Baillarger.

L'argument de curabilité qu'il invoque pour faire admettre la paralysie générale comme distincte de la folie congestive n'a pas l'importance qu'il y attache.

Il en est de la péricérébrite comme de toutes les autres affections inflammatoires chroniques, qui guérissent d'autant plus facilement qu'elles sont plus rapprochées de leur début, parce qu'alors les lésions organiques sont moins marquées et peuvent disparaître plus facilement.

Le cerveau est composé de parties très distinctes, quoique intimement unies entre elles. Il constitue un appareil plutôt qu'un simple organe, et chacune de ses parties, qui a des fonctions spéciales, peut être plus ou moins altérée dans la péricérébrite, d'où résulte le grand nombre de variétés cliniques de cette affection.

L'anatomie pathologique confirme les récentes découvertes physiologiques sur la localisation des fonctions de l'appareil cérébral.

Dans les cas de péricérébrite hypocondriaque que j'ai observés, le lobe postérieur du cerveau était atteint en même temps qu'une portion du lobe antérieur et du lobe moyen, tandis qu'ordinairement ces deux derniers lobes seuls sont enflammés. Si ce fait venait à se généraliser, il faudrait admettre que le délire spécial de cette forme de péricérébrite, qui est joint souvent à une disposition gangréneuse, est dû à l'altération de ce lobe et que celui-ci exerce une grande influence sur la nutrition.

L'intégrité des phénomènes sensoriels, dans la péricérébrite, tient à ce que l'inflammation ne s'étend pas à la base du crâne où siègent les ganglions sensitifs.

(Applaudissements.)

M. le Président. La parole est à M. Mordret pour la lecture d'un Mémoire.

SUR LA FRÉQUENCE ET LES EFFETS

DE LA CONGESTION CÉRÉBRALE

CHEZ LES ALIÉNÉS ET PLUS PARTICULIÈREMENT CHEZ LES PARALYTIQUES GÉNÉRAUX.

M. le D[r] Mordret, *médecin en chef de l'asile du Mans* (*Sarthe*). Messieurs, il n'est personne qui n'ait été frappé de la fréquence des congestions cérébrales chez les aliénés, et surtout chez les paralytiques généraux, depuis les travaux de Bayle et de Calmeil. Mais c'est à M. Baillarger qu'on doit les recherches les plus importantes sur ce sujet. L'élément congestif joue, pour lui, un rôle si considérable dans la folie et lui imprime un caractère si distinct, qu'il a proposé de désigner sous le nom de folies congestives «les accès de manie, de mélancolie ou de monomanie auxquels s'ajoute la congestion cérébrale», et qu'il en a fait un chapitre spécial dans les maladies mentales, qu'il place avant et à côté de la paralysie générale. C'est qu'en effet, pour le plus grand nombre des aliénistes, la congestion du cerveau est un prélude fréquent sinon constant de cette affection; c'est que, dans bien des cas, elle a donné lieu à des divergences de diagnostic entre des médecins également recommandables par leur savoir et par leur expérience. Il ne faut, pour s'en convaincre, que lire le dernier travail de M. Baillarger, travail dans lequel il a laborieusement recueilli et classé un assez grand nombre de ces cas.

Après les études nombreuses dont la congestion cérébrale des aliénés a été l'objet, il ne peut rester que peu de chose à glaner. Il m'a pourtant semblé que quelques considérations, d'un ordre secondaire sans doute, pourraient être encore utilement présentées sur ce sujet, que quelques points de l'histoire des congestions n'avaient peut-être pas été mis assez en relief.

Je ne vais qu'indiquer les faits sur lesquels repose mon travail pour ne pas lui donner trop d'étendue. Sans cette crainte, j'aurais aussi pu les multiplier.

J'ai, durant les seules années 1876-1877, noté que sur 43 paralytiques généraux (31 hommes et 12 femmes), il y en a eu 17 qui ont eu ensemble 41 attaques d'apoplexie ou de congestion cérébrale plus ou moins graves, mais bien dessinées (9 hommes et 8 femmes). Il y a eu, de plus, 13 apoplexies ou congestions sur 10 autres malades atteints de démence sénile, de manie ou de lypémanie. Je n'ai pas tenu compte de celles qui ont été observées sur des épileptiques, celles-ci se confondant d'ordinaire avec l'attaque. Sur ces 30 malades ayant donné 54 cas, il y a eu 8 décès durant l'attaque congestive; 2 déments qui étaient depuis longtemps à l'asile et qui avaient eu plusieurs congestions antérieures, une femme lypémaniaque et 5 paralytiques généraux (3 hommes et 2 femmes), 21 paralytiques ont succombé durant cette période de deux ans (15 hommes et 6 femmes), mais 5 seulement, ainsi que je viens de le dire, sont morts dans l'attaque congestive. De plus, 4 hommes sont aussi morts par suite d'une attaque dont ils ne se sont pas remis complètement, bien qu'ils eussent en partie repris connaissance, ce qui porte à 9 le nombre des décès par congestion pour cette catégorie de malades. Les

12 autres décès de paralytiques ont eu lieu dans la période ultime de leur maladie; ils ont succombé dans le marasme.

C'est assurément dans la paralysie générale que la congestion cérébrale s'observe le plus souvent; il est même peu de ces malades qui, au cours de leur affection, n'en subissent plusieurs atteintes (*Variété congestive*, de M. J. Falret). Tout en le reconnaissant, Griesinger dit :

Les attaques congestives sont très rares et pour ainsi dire exceptionnelles au début de cette maladie; mais, à une période plus avancée, elles ne manquent presque jamais, elles deviennent de plus en plus intenses et se prolongent chaque fois davantage.

Je ne crois pas que la première de cette assertion soit très exacte, elle est en tout cas contraire à la manière de voir de beaucoup d'aliénistes français, de Bayle, de Parchappe, d'Aubanel, de Calmeil, etc. M. Baillarger n'hésite pas à admettre «que la congestion cérébrale est la cause prochaine de la paralysie générale».

Cependant il s'en faut qu'il en soit toujours ainsi, et dans les faits que notre savant président a réunis sous le nom de manies congestives, il en est beaucoup que lui-même ne considère pas comme appartenant à la période prodromique de la paralysie générale. En ce qui me concerne, je ne crois pas que la manie congestive y conduise fatalement.

J'avais, l'an dernier, dans mon service un vieux maniaque devenu dément (M. Par.....), très agité, d'une grande incohérence, ne parlant que millions, régiments, etc. Cet homme était à l'asile depuis plus de huit ans, et jamais il n'a présenté d'autres signes de paralysie générale que le délire incohérent des grandeurs. Cependant il était dans un état presque permanent de congestion. A chaque instant la face devenait vultueuse, les veines du cou se gonflaient, les yeux s'injectaient; alors il s'exaspérait, gesticulait, débitait à tue-tête toutes sortes d'incohérences. Il a eu, depuis dix-huit mois, quatre grandes attaques congestives dont il s'est chaque fois complètement remis en quatre ou cinq jours. La dernière surtout a été très grave et syncopale; le malade est resté, après elle, trois jours entiers dans le coma sans connaissance aucune, et avec résolution complète des membres, ce qui ne l'a pas empêché de se remettre sans garder aucune trace de paralysie et de redevenir aussi agité que jamais. Le 17 février 1877, il mourait subitement en prenant son repas. Un gros morceau de viande s'était engagé dans la trachée et arrêté sur l'éperon. A l'autopsie je trouvai des adhérences des méninges avec la paroi crânienne et une injection très forte de la pie-mère, il n'y avait pas de plaques laiteuses. Mais la lésion la plus importante était un foyer hémorragique tout récent à la partie centrale du lobe frontal droit. L'excavation, du volume d'une noix, était remplie d'un caillot rouge, mou, à bords déchiquetés. Je ne trouvai pas traces du vaisseau rompu. Le foyer n'était séparé du ventricule latéral que par une mince cloison non perforée. Il y a donc lieu de croire que cette hémorragie s'est faite pendant le repas; mais il reste à savoir si elle a précédé l'engouement qu'elle aurait alors déterminé, ou si elle en a été le résultat. Je penche pour cette dernière supposition, car le malade, comme un grand nombre de déments, mangeait fort gloutonnement.

Un autre (M. Guer..), un maniaque alcoolique; celui-ci a été foudroyé deux fois dans l'espace de huit jours, et peu de temps après il quittait l'asile parfaitement guéri.

Un troisième.....

M. Legrand du Saulle. Quel âge avait-il?

M. Mordret. soixante-sept ou soixante-huit ans.

M. Legrand du Saulle. Alors ce n'était pas un paralytique.

M. Mordret. Un troisième (M. Di...., entré le 15 août 1876), lypémaniaque très tourmenté, très halluciné, se croyant mort, tout jeune, tout petit, double, etc., avait la bouche légèrement déviée à droite lors de son entrée à l'asile, stigmate non douteux d'une congestion antérieure qui a peut-être été le début de sa folie; les renseignements me manquent sur ce point. Trois semaines après son entrée, il eut une forte congestion et resta pendant quatre jours dans un état de mort imminente; il y avait perte complète de connaissance, insensibilité, résolution totale des membres. Il s'est cependant rétabli très vite; car, quelques jours après, toute trace de paralysie avait disparu, sauf sa légère déviation buccale antérieure. De plus, à partir de ce moment, l'agitation qui était très violente a cessé presque complètement. Mais les idées délirantes de ce malade n'ont point été modifiées et la démence s'est accusée de plus en plus. Au mois de septembre dernier, il eut encore une nouvelle attaque congestive dont il se remit également très vite et très bien. Devenu fort obèse et tout à fait dément, il a succombé le 12 avril dernier, probablement à une méningo-encéphalite chronique, mais sans avoir eu de nouvelle congestion franche. Par malheur, l'autopsie n'a pu être faite.

Inutile de multiplier les faits; ils n'empêchent pas qu'il ne reste acquis que le plus souvent les congestions cérébrales répétées conduisent les aliénés à la paralysie générale. J'ai, en ce moment, dans mon service 7 paralytiques généraux (4 hommes et 3 femmes) qui, lors de leur entrée à l'asile, n'ont point été classés comme tels, parce qu'ils n'avaient ni délire ambitieux, ni inégalité des pupilles, ni tremblement fibrillaire de la langue ou des membres, mais qui étaient tous hémiplégiques à divers degrés, preuve qu'ils avaient éprouvé déjà une ou plusieurs congestions cérébrales. J'ai dû rectifier pour chacun d'eux le premier diagnostic; chez tous la paralysie générale est aujourd'hui confirmée. Tous ont eu aussi de nouvelles attaques congestives à l'asile, et chacune d'elles a été suivie d'une aggravation de la paralysie et d'une augmentation de la démence, sauf pourtant chez une femme, qui, depuis sa dernière attaque, s'est notablement améliorée sous tous les rapports. Mais ce fait très exceptionnel ne me paraît pas devoir être pris en grande considération, car la gravité de la congestion cérébrale chez les aliénés n'est mise en doute par personne; elle a même été signalée dans les Traités généraux de médecine. «La congestion, a écrit M. Jacoud, est un phénomène redoutable pour eux, qui précipite les accidents et aggrave les altérations préexistantes.»

Les congestions cérébrales s'observent chez les aliénés depuis les formes les plus légères jusqu'aux formes les plus graves. Elles peuvent ne consister que

dans quelques vertiges, quelques étourdissements, quelques tintements d'oreilles, quelques troubles légers de la vision; dans une douleur de tête tantôt gravative, tantôt lancinante, accompagnée ou non de l'injection des yeux et de la turgescence de la face. Sous cette forme bénigne, elles deviennent souvent pour les malades le point de départ de diverses hallucinations. A ce degré qui n'est peut-être pas encore celui de la véritable congestion, il y a du moins une hypérémie cérébrale qui y prédispose singulièrement. Cet état, qui se rencontre dans toutes les formes de la folie, mais surtout dans la manie, ne saurait être étranger ni à la nature du délire ni à la persistance des désordres intellectuels.

Il est très fréquent, et l'on sait, du reste, combien il est commun de trouver, lors d'une autopsie, des traces de cette hypérémie chronique, surtout chez les vieux aliénés.

Ces congestions légères et quasi-permanentes peuvent, sous de faibles influences, un écart de régime, une mauvaise disposition de l'estomac, une affection cardiaque ou pulmonaire, un accès de colère, une contrariété, etc., devenir plus intenses. Les malades sont alors frappés brusquement, ils sont comme foudroyés. Il y a perte de connaissance, de sensibilité et de mouvement, avec plénitude, puis affaissement consécutif du pouls, avec stertor, turgescence de la face ou pâleur syncopale, selon que la congestion est sanguine ou séreuse. Assez souvent les mouvements réflexes sont conservés, il y a même des convulsions. Malgré la gravité apparente de l'accident, il est assez rare qu'une première congestion soit mortelle. Au bout d'un temps qui varie de quelques heures à quelques jours, le coma se dissipe, la sensibilité reparaît, les convulsions cessent quand il y en avait, la résolution des membres persiste seule pendant plus longtemps, pour céder à son tour. Tout est alors rentré à peu près dans l'ordre, mais l'état mental du malade s'est en général aggravé; la démence a fait un pas.

Si la terminaison doit être funeste, il est au moins fort rare qu'elle le soit immédiatement; j'ai vu cependant un paralytique général mourir en quelques minutes, et l'autopsie ne révéla, comme principale lésion, qu'une très forte injection de la pie-mère. Mais d'ordinaire les malades durent au moins quelques jours, ils reprennent même en partie connaissance. J'ai perdu, il y a peu de temps, une lypémaniaque qu'une congestion séreuse n'a emportée qu'au bout de trois semaines.

Quelquefois aussi la guérison se fait, mais n'est pas complète; il reste des traces d'hémiplégie qui ne disparaîtront que lentement ou qui ne disparaîtront pas. Dans ces cas, on peut admettre avec Bayle, Calmeil, Dechambre, que la congestion a été unilatérale, ou bien que la persistance de la paralysie tient à ce qu'un des hémisphères a été plus fortement congestionné ou est resté plus-œdémateux. Mais cette explication est pour le moins insuffisante, car Grisolle a cité des cas dans lesquels la congestion reconnue égale des deux côtés a cependant déterminé des phénomènes hémiplégiques. Calmeil lui-même a fait observer que l'hémiplégie peut changer de côté, passer de gauche à droite. Il faut, pour interpréter ces faits, admettre d'autres éléments pathogéniques que ceux qui proviennent de la compression. Je n'ignore point

que quelques explications ont été proposées, mais je n'en connais pas de satisfaisantes.

Une première attaque congestive prédispose à une seconde; bientôt elles se rapprochent de plus en plus, jusqu'à ce que le malade succombe. Sur les 8 cas de mort que j'ai enregistrés en deux ans, 4, il est vrai, ont eu lieu après une première attaque, mais un seul de ces malades était paralytique général; encore la mort n'a-t-elle eu lieu chez lui que le vingt-troisième jour. Chez les 4 autres malades, tous paralytiques, elle n'eut lieu qu'après plusieurs attaques. L'autopsie n'a pu être faite que chez 3 d'entre eux : elle n'a laissé aucun doute sur la nature de la cause prochaine de la mort. Les méninges furent trouvées épaissies, semées de néoplasmes, injectées; les vaisseaux étaient gorgés de sang noir et les coupes du cerveau prenaient bien vite l'aspect sablé.

Le nombre des congestions que certains malades peuvent subir sans que mort s'ensuive est parfois considérable. J'ai eu longtemps une ancienne religieuse tombée en démence (Mlle Pet..., âgée de soixante-douze ans), chez laquelle elles se sont renouvelées pendant plus de six mois tous les huit ou dix jours. Cette malade restait chaque fois de deux à trois jours dans le coma avec stertor, et presque sans pouls. Sous l'influence de sinapismes et de lavements salés, la connaissance revenait peu à peu, la sensibilité reparaissait, la résolution des membres cessait, mais ceux-ci restaient toujours trop faibles pour que la malade puisse s'en servir; elle ne pouvait que les remuer, et la paralysie persistait en partie, plus prononcée tantôt d'un côté, tantôt de l'autre. Cette femme a fini par succomber à une dernière congestion (17 février 1877).

Un état congestif faible est habituel chez un certain nombre de maniaques, d'alcooliques, et surtout de paralytiques généraux, pendant la période d'excitation de cette maladie.

Frappé de ce fait, je me suis demandé si cette hypérémie permanente du cerveau n'exercerait pas une certaine influence sur la forme du délire de ces malades, chez lesquels on rencontre presque toujours des idées de grandeurs associées aux autres symptômes qu'ils peuvent présenter?

La réponse est assurément difficile. Cependant on conçoit que l'afflux au cerveau d'une quantité de sang quelque peu supérieure à celle qu'il doit recevoir suractive cet organe et devienne d'abord une cause d'agitation maniaque. Les fonctions intellectuelles en reçoivent la même suractivité; les idées, les conceptions s'élargissent alors, et le délire, s'il éclate, doit porter l'empreinte de cette turgescence, il doit être incohérent, il doit être celui des grandeurs. Or, ces deux caractères sont, en effet, ceux qu'on observe alors le plus ordinairement. Sa grande fréquence dans la paralysie générale l'a fait considérer par beaucoup comme l'un des signes pathognomoniques de cette maladie, qui peut cependant exister sans désordres mentaux bien appréciables, à son début surtout. Il a même semblé à plusieurs bons observateurs (Bayle, Delaye, Requin, Tardieu, Baillarger, etc.) que le délire ambitieux pouvait manquer toujours, qu'il n'était pas, dès lors, le symptôme prédominant, essentiel; que les troubles de la motilité avaient une plus grande valeur, qu'ils étaient les seuls qui fussent constants, et qu'ils suffisaient à caractériser la maladie.

De là deux courants d'opinions : l'un qui fait de la paralysie générale une affection spéciale aux aliénés; l'autre qui la considère comme une simple inflammation chronique des méninges et de l'écorce de l'encéphale, pouvant se compliquer et se compliquant le plus souvent de l'une des formes quelconques de la folie, mais presque toujours du délire ambitieux avec incohérence, et d'exacerbations maniaques. De là aussi les noms divers donnés à la paralysie générale, suivant l'idée qu'on s'est faite de sa nature : folie paralytique, arachnitis chronique, pachy-méningite, périencéphalite diffuse, paralysie générale incomplète, progressive, etc.

Sans soulever ici une question encore indécise, toujours est-il qu'il est un fait clinique indéniable, c'est que la paralysie progresse à mesure que le tissu de l'encéphale s'altère, que l'intelligence s'affaiblit concurremment, et qu'un peu plus tard le malade arrive à une démence complète. Mais il ne semble pas absolument indispensable qu'il ait passé par la folie. Lallemand a dit avec beaucoup de justesse (*Rech. anatom. pathol. sur l'encéphale*, t. II, p. 242) que les symptômes de l'inflammation du cerveau ne peuvent être rapportés qu'à deux états opposés, celui de spasme ou d'irritation, et celui de paralysie ou d'affaissement. Il convient ici d'ajouter que ces deux états se succèdent ou même coïncident assez souvent dans la paralysie générale.

C'est ainsi qu'une hypérémie congestive modérée a presque toujours pour double effet de déterminer à la fois des symptômes de paralysie motrice et de suractivité intellectuelle. Il n'est pas rare alors qu'un véritable accès de manie éclate; cet accès peut guérir, et le malade éprouve ce qu'on a très justement appelé une rémission. Quand elle est complète, il peut n'être plus fou, mais il reste paralytique, car la lésion somatique n'a point cédé.

Dans d'autres cas, plus rares il est vrai, la dépression porte à la fois sur les centres moteurs et sur les centres intellectuels; c'est alors un accès de mélancolie qui se manifeste et qui peut également donner lieu à une rémission plus ou moins franche. Les idées de grandeurs elles-mêmes, quoique toujours fréquentes, peuvent alors manquer tout à fait. — Je viens d'en observer un exemple assez frappant. — Un bijoutier de Paris (M. Pich...) m'a été amené dans un état de dépression générale extrême. Le certificat d'admission portait : « Ramollissement cérébral avec troubles graves de l'intelligence (signé Dr Guibout). » Ce malade était en traitement chez lui depuis plusieurs mois, et les accidents s'aggravaient chaque jour; l'embarras de la parole était très grand, la langue tremblottait, la marche était vacillante, le malade ne pouvait plus même signer; il n'y avait pas d'inégalité des pupilles.

Bien loin qu'il eût des idées de grandeurs, ce malade s'exagérait, au contraire, beaucoup quelques embarras financiers et se croyait ruiné; ses réponses étaient lentes et sans trop d'incohérence, sa mémoire était notablement affaiblie, mais non pas perdue. La secousse morale qu'il éprouva en entrant à l'asile eut un très heureux effet, car après un mois d'un traitement qui ne consista que dans quelques bains et quelques purgatifs salins, il put rentrer dans sa famille. La lypémanie avait presque disparu; les signes de paralysie s'étaient eux-mêmes notablement amendés, l'embarras de la parole était bien moindre; l'écriture, sans être correcte, était fort lisible, la démarche plus assurée. Cette

amélioration rapide et si grande me paraît devoir être très probablement attribuée à ce que le cerveau a cessé d'être aussi comprimé.

C'est d'ordinaire par un état hypérémique prolongé, et qui est au moins très voisin de la congestion, que commence l'altération du cerveau qui conduit à la paralysie générale; aussi les débuts de cette maladie sont-ils le plus souvent marqués par des phénomènes d'excitation. Après un certain temps, l'encéphale s'est accoutumé à une certaine tension et un calme relatif se produit; si cette tension vient à cesser tout à fait ou trop brusquement, il peut y avoir dépression; il peut même y avoir syncope, ce qui arrive quelquefois, et cet accident opposé à la congestion est dans la pratique assez facilement confondu avec elle. Mais il est plus habituel qu'une nouvelle poussée sanguine ait eu lieu et le délire en reçoit une nouvelle impulsion.

Cependant l'hypérémie ne peut dépasser une certaine limite, et c'est alors qu'on voit poindre les premiers signes de la paralysie et de la démence. La stase sanguine détermine aussi des suffusions séreuses qui augmentent la pression intra-ventriculaire et rendent le cerveau œdémateux. Ces suffusions se font également dans la cavité de l'arachnoïde et s'y transforment en fausses membranes minces d'abord et semblables à des efflorescences (Griesinger); elles s'épaississent et s'organisent par l'apport de nouveaux matériaux, puis forment à la longue ces néoplasmes adhérents à la substance cérébrale, et à feuillets superposés, qui sont l'une des lésions les plus fréquentes et les plus caractéristiques de la paralysie générale

C'est ainsi, ce me semble, que de petites congestions qui se répètent et qui passent souvent inaperçues, parce qu'elles ne donnent lieu à aucun symptôme bien manifeste, désorganisent cependant peu à peu l'intelligence, la motilité et la sensibilité, chacune d'elles rendant les éléments cérébraux qu'elle frappe de moins en moins aptes à remplir leurs fonctions. Les congestions plus fortes donnent lieu à des effets dont la gravité est telle que, s'ils persistaient, ils seraient bientôt incompatibles avec la vie. Mais ils sont le plus souvent atténués par le travail actif de la résorption, et sans doute aussi chez nos malades, par l'habitude que le cerveau a acquis de supporter un certain degré de compression. Là est peut-être en partie la cause de l'innocuité immédiate relative des congestions cérébrales chez les aliénés et surtout chez les paralytiques généraux. On voit, en effet, ces malades résister assez souvent à des attaques dont la violence tuerait presque à coup sûr une personne en pleine santé. Chez eux, la vie peut n'avoir reçu qu'une secousse grave, mais dans tous les cas la maladie a fait un pas de plus.

Les attaques congestives des paralytiques sont parfois accompagnées de convulsions; il y a donc lieu de se demander comment une même cause peut déterminer deux phénomènes opposés, comment surtout ceux-ci peuvent se succéder dans un court espace de temps? Cette question n'est peut-être pas près de recevoir une solution complète, mais un des éléments de la solution doit résider dans l'action sur la pulpe cérébrale des qualités nutritives et excitantes du sang. Celles-ci doivent avoir leur rôle dans les effets de la congestion; la compression et l'œdème du cerveau ne peuvent tout expliquer. Brown-Séquard a démontré que le sang noir était l'excitant des centres nerveux et

qu'il devait cette propriété à un excès d'acide carbonique, tandis que le sang rouge ou oxygéné n'avait d'influence que sur leur nutrition. Celui-ci produit la force, celui-là la dépense. L'état du sang au moment où se fait la congestion ou les modifications qu'il éprouve pendant sa durée peuvent donc, jusqu'à un certain point, rendre compte des alternatives de dépression et d'excitation que certains malades éprouvent alors.

Un seul mot sur le traitement que j'ai adopté, et dont je crois avoir presque toujours eu à me louer, même dans les cas malheureux, car je suis convaincu qu'il m'a permis de prolonger la vie de mes malades. Ce traitement consiste exclusivement dans l'emploi des sinapismes promenés en permanence sur toute la surface des membres, et en lavements d'eau saturée de sel marin le premier jour. Dès que le malade est capable de boire, je prescris l'eau de Sedlitz, ou, s'il ne peut prendre qu'en petite quantité, de l'eau émétisée. Enfin les sinapismes sont renouvelés deux ou trois fois par jour, tant que le coma persiste. Une fois seulement, chez un malade très sanguin et très vigoureux, j'ai eu recours à la saignée générale, puis à deux applications de sangsues, douze en permanence aux apophyses mastoïdes et douze en bloc à l'anus. Ce malade a guéri. Mais c'est le seul cas jusqu'ici où j'aie cru pouvoir me permettre l'emploi de ces moyens, l'état de débilité habituel des malades que j'ai eu à traiter m'interdisant de provoquer chez eux une perte de sang. Aussitôt que possible je donne du bouillon et un peu de vin.

Je me suis proposé dans cette courte communication :

1° De constater la fréquence de la congestion cérébrale dans diverses formes de la folie, et surtout dans la démence paralytique;

2° De constater que les congestions répétées, et même la simple hypérémie cérébrale, conduisent assez souvent, mais non pas fatalement, à cette démence;

3° D'appeler l'attention sur un état hypérémique permanent du cerveau (sorte de congestion légère et chronique) qu'on rencontre notamment dans l'alcoolisme et dans la paralysie générale, et de signaler une sorte de rapport de cause à effet entre cette hypérémie et le délire des grandeurs, si commun dans ces affections;

4° Il m'a semblé que les aliénés résistaient mieux et plus longtemps que les autres malades aux congestions cérébrales, et que la cause pouvait en être dans l'état hypérémique habituel de leur cerveau;

Si les congestions aggravent le plus souvent leur état mental, elles mettent leur vie moins souvent en danger immédiat;

5° Chez eux les émissions sanguines doivent être proscrites en principe. Un traitement révulsif puissant est celui qui donne les meilleurs résultats.
(Applaudissements.)

M. le Président. La parole est à M. Doutrebente pour donner lecture d'un Mémoire.

RECHERCHES STATISTIQUES

SUR LES DIVERSES MODIFICATIONS DE L'ORIFICE PUPILLAIRE

DANS LA PARALYSIE GÉNÉRALE.

M. le Dr Doutrebente, *médecin adjoint à l'asile de Ville-Évrard.* Messieurs, à une époque où les efforts de localisation dans les maladies cérébrales se poursuivent avec ardeur, il m'eût été agréable de vous apporter, au lieu et place d'un simple travail clinique, une note précise vous annonçant la découverte d'un centre excito-moteur présidant aux modifications de l'orifice pupillaire; il me plairait aussi, dans l'état actuel de la science, de pouvoir vous donner l'explication physiologique d'un phénomène morbide simple en apparence, mais bien complexe quand on réfléchit que l'iris est innervé par des nerfs sensitifs, moteurs et végétatifs, c'est-à-dire par des nerfs antagonistes dont les fonctions diverses tendent cependant, par un accord physiologique mystérieux, à assurer le fonctionnement normal de l'organe.

S'il existe, pour les mouvements des globes oculaires, un centre excito-moteur dans le lobule pariétal inférieur, il résulte pour nous, de quelques expériences faites en présence des internes de Ville-Évrard, que l'excitation électrique de cette portion de la zone motrice de l'écorce cérébrale ne produit aucune modification de l'orifice pupillaire : l'œil est animé de mouvements tumultueux ainsi que les paupières et la membrane clignotante, mais l'orifice pupillaire demeure insensible même en augmentant la force du courant galvanique. Nous ne nous exagérons point l'importance de nos expériences faites sur des lapins, il eût fallu les faire sur des primates anthropoïdes (gorille, orang-outang); il n'est pas toujours facile de s'en procurer : Hitzig lui-même avoue n'avoir fait qu'une seule expérience sur le singe.

Le nerf moteur oculaire commun et le grand sympathique fournissant des racines au ganglion ophtalmique, d'où émergent la plus grande partie des nerfs ciliaires, peuvent seuls être incriminés dans les recherches pathogéniques, que nous aurions voulu mener à bonne fin. Il nous semble que le moteur commun, dont la paralysie détermine non seulement la mydriase, mais aussi de la diplopie, du strabisme et de la blepharoptose, doit être mis hors de cause dans la majeure partie des cas.

D'un autre côté, on comprend difficilement, pendant la vie, le rôle prédominant du grand sympathique, son antagoniste ; mais, immédiatement après la mort, la pupille se dilate outre mesure, et certains mouvements, ceux de l'intestin, par exemple, sont plus amples que pendant la vie. On admet aujourd'hui que le système nerveux céphalo-rachidien meurt avant le système ganglionnaire, et comme la pupille se dilate immédiatement après la mort, il en résulte que le grand sympathique est dilatateur de la pupille et, par cela même, l'antagoniste du moteur commun, dont la paralysie ou la mort, laissant au sympathique sa liberté d'action, détermine de la mydriase.

Dans une des dernières séances de la Société de biologie, M. Franck a pré-

senté une étude sur les fibres nerveuses irido-dilatatrices. Il aurait d'ailleurs découvert l'existence d'une branche ascendante allant du ganglion cervical postérieur au ganglion de Gasser. Cette branche nerveuse sympathique s'engage dans le trou déchiré postérieur et abandonne, avant sa terminaison, un filet au moteur oculaire externe. Il existe donc une jonction directe entre le trijumeau et le ganglion cervical supérieur du grand sympathique. C'est par ce rameau de jonction que passent les fibres irido-dilatatrices; la section de ce filet en dedans de l'apophyse mastoïde est suivie de myosis, et par suite l'irritation du sympathique cervical ne détermine plus la mydriase.

Dans le cas d'inégalité pupillaire, il paraît démontré que l'orifice le plus dilaté est atteint de troubles fonctionnels prédominants. Dans plusieurs cas de rémission sérieuse et progressive, nous avons d'ailleurs observé que la pupille la plus dilatée se rapprochait peu à peu du diamètre plus petit du côté opposé. Pour les raisons ci-dessus énumérées, nous pensons que, sous l'influence d'un état congestif ou scléreux, le grand sympathique est responsable de l'inégalité pupillaire dans la paralysie générale.

Dans le cas où il y a contraction exagérée des deux pupilles, il y aurait, suivant nous, une irritation chronique des origines réelles du moteur commun, irritation déterminant une suractivité fonctionnelle que le grand sympathique devient impuissant à coordonner ou à maîtriser.

Dans maintes circonstances, nous avons constaté, à l'aide de l'atropine, que les troubles oculo-pupillaires résultaient de la perte d'équilibre d'action entre les nerfs irido-dilatateurs et les nerfs irido-constricteurs.

Dans le cas de myosis on peut momentanément rétablir l'équilibre; mais il faut avouer que l'action dilatatrice de la belladone est singulièrement amoindrie.

Vous me pardonnerez, Messieurs, cette incursion rapide dans le domaine physiologique; j'aborde maintenant mon sujet au point de vue clinique et statistique.

Nul ne conteste l'importance que les modifications de l'orifice pupillaire peuvent avoir comme élément de diagnostic : je n'en veux pour preuve que le grand nombre des travaux publiés sur ce sujet depuis 1850.

A cette époque, M. Baillarger accordait déjà une importance capitale au symptôme inégalité pupillaire.

Depuis, MM. Lasègue, Moreau (de Tours), Voisin, Marcé, Dagonet, Billod, Foville, Mobèche, en France; et à l'étranger, Austin, Wernicke, Andréa Verga, Richarz, Cartiglioni, ont successivement étudié cette question ou publié des travaux spéciaux. Tout dernièrement enfin, un article très important vient d'être publié dans un nouveau journal anglais, *the Brain*.

Si beaucoup d'auteurs ont étudié les troubles qui se produisent dans l'orifice pupillaire, il n'en résulte pas une entente et une parfaite unité de vues relativement à la fréquence et à la valeur du symptôme inégalité pupillaire; il y a divergence dans les opinions.

D'après nos recherches, nous affirmons que presque constamment l'examen de la pupille fournit des indications précieuses, parce que 95 fois sur 100 nous avons observé, soit l'inégalité des pupilles, soit leur contraction exagérée,

soit enfin une dilatation anormale tout à fait exceptionnelle. La multiplicité des sources d'innervation de l'iris rend facilement compte de la diversité des phénomènes morbides qui se présentent à l'observation.

Parmi les recherches statistiques les plus récentes il faut citer celles de M. Mobèche (1874).

Sur 93 cas de paralysie générale, il a constaté 57 fois de l'inégalité pupillaire, 32 fois l'orifice pupillaire droit était plus dilaté que le gauche et 25 fois seulement ce dernier était plus dilaté que le droit. Ces chiffres sont à peu près semblables à ceux de M. Moreau (de Tours); il est toutefois utile de faire remarquer que M. Mobèche, à l'encontre des autres observateurs, a trouvé la pupille plus souvent dilatée à droite qu'à gauche; j'ai constaté le contraire, et d'après un relevé fait sur les certificats de MM. Magnan et Bouchereau, j'ai vu que, dans les deux tiers des cas, la pupille gauche était plus dilatée que la droite. Il importe peu d'ailleurs que la dilatation siège à droite ou à gauche, dès que l'inégalité pupillaire existe.

Du 10 au 15 mars 1878, il y avait à Ville-Évrard (asile et pensionnat) 95 malades hommes atteints de paralysie générale ou signalés comme tels.

Nous les avons examinés avec soin, dans les mêmes conditions d'éclairage pour les deux yeux, puis dressé un tableau des diamètres pupillaires à $\frac{1}{5}$ de millimètre près, mettant toujours au compte de l'égalité pupillaire les cas douteux.

Ce premier examen de 95 paralytiques nous a fourni 63 inégalités pupillaires et 32 égalités, total 95.

Parmi les 63 inégalités pupillaires, 46 fois la pupille était plus dilatée à gauche et 17 fois seulement à droite.

Dans la plupart des recherches statistiques les renseignements s'arrêtent là; nous avons voulu pousser plus loin nos investigations, et une seconde fois nous avons examiné les 32 malades dont les pupilles étaient égales.

Parmi eux nous avons trouvé : 12 fois une contraction exagérée des deux pupilles, contraction de 1 millimètre et au-dessous; 4 fois des dilatations anormales de 5 à 9 millimètres; enfin 16 dilatations normales, en prenant comme moyenne le chiffre de 0,003 millimètres donné par Follin et accepté par M. Mobèche.

Notre tableau se trouve donc modifié une première fois de la façon suivante :

Inégalité pupillaire	63
Contraction exagérée	12
Dilatation anormale	4
Égalité pupillaire sans anomalie de contraction ou de dilatation	16
TOTAL	95

Dans le cas de contraction exagérée, l'égalité pupillaire n'existe pas toujours; toutefois l'inégalité, et cela se comprend facilement, devient de plus en plus difficile à constater, à mesure que les diamètres diminuent. Dans ce cas particulier, une ou deux fois seulement l'inégalité était évidente.

Les contractions les plus énergiques variaient de 2 à $\frac{3}{10}$ de millimètre.

La dilatation la plus considérable était chez un malade de 6 millimètres $\frac{1}{3}$ à gauche et 9 millimètres $\frac{1}{3}$ à droite.

Nous venons de voir, Messieurs, que, sur 95 paralytiques, 16 seulement avaient les pupilles égales et normalement dilatées.

Parmi eux nous avions 11 malades en rémission plus ou moins complète. Après avoir examiné leurs dossiers et les observations médicales antérieures, nous avons remarqué que chez 7 d'entre eux l'inégalité pupillaire avait été signalée à un moment donné.

Si de 16 on retranche 7, il reste 9, c'est-à-dire que, sur 95 paralytiques, 9 seulement ou 9,47 p. 100 n'avaient jamais présenté rien d'anormal du côté de l'orifice pupillaire.

Notre tableau se trouve une troisième fois modifié ainsi qu'il suit :

Inégalité pupillaire	70
Contraction exagérée des deux pupilles	12
Dilatation exagérée des deux pupilles	4
État normal	9
Total	95

Avant de terminer mes recherches, j'ai soumis à un quatrième examen les 9 malades qui s'étaient montrés rebelles à toute modification de l'orifice pupillaire, il y avait parmi eux :

3 cas de démence apoplectique.
1 cas d'ataxie locomotrice.
1 cas de démence sénile avec chorée généralisée.
4 cas de paralysie générale en rémission.

Ce qui m'a permis de vous présenter le tableau définitif suivant :

70 inégalités pupillaires	Pupille plus dilatée à gauche	46
	Pupille plus dilatée à droite	17
	Pupilles inégales au début chez des malades aujourd'hui en rémission	7
12 contractions exagérées de $0^m,001$ et au-dessous		12
4 dilatations anormales de $0^m,005$ à $0^m,0093$		4
9 état normal des pupilles	Démence apoplectique	3
	Ataxie locomotrice	1
	Chorée généralisée	1
	Paralysie générale	4
95	Total	95

Si nous laissons de côté les 5 malades regardés à tort comme des paralytiques, nous trouvons que 4 fois seulement, sur 90 cas de paralysie générale, les pupilles n'ont rien présenté d'anormal.

En résumé, Messieurs, ce qui pour notre vénéré président était déjà un signe précieux de diagnostic il y a trente ans, est encore aujourd'hui un des symptômes les plus constants, facile à constater et pathognomonique, surtout quand on observe les malades dans un asile d'aliénés.

Je crois utile d'ajouter que, parmi les 90 paralytiques soumis à mon observation, 3 malades avaient la cataracte, 2 de l'exophtalmie et 1 seulement de la blepharoptose avec mydriase à gauche. (Applaudissements.)

M. Motet. J'ai l'honneur de rappeler aux membres du Congrès que c'est demain, 8 août, que nous allons visiter l'asile de Vaucluse; ceux d'entre vous, Messieurs, qui voudront faire cette excursion, sont priés de se trouver à 7 heures 30 minutes du matin à la gare d'Orléans.

La séance est levée à 6 heures un quart.

SÉANCE PLÉNIÈRE DU JEUDI 8 AOÛT 1878.

PRÉSIDENCE DE M. LE Dr BAILLARGER.

SOMMAIRE. — Adoption du procès-verbal de la séance précédente. — Communication : M. Motet. — ÉTUDE SUR LA TEMPÉRATURE DES PAROIS DE LA TÊTE CHEZ LES ALIÉNÉS, par M. le Dr A. Voisin. — RECHERCHES SUR L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE DU SANG DANS LA FOLIE, par M. le Dr Gallopain. — — CONSIDÉRATIONS SUR LA FOLIE ET SUR L'UNE DE SES TERMINAISONS, LA DÉMENCE PARALYTIQUE, par M. Girard de Cailleux. — RECHERCHES ANATOMOPATHOLOGIQUES SUR L'IDIOTIE, par M. le professeur Mierzejewski, de Saint-Pétersbourg.

La séance est ouverte à 4 heures.

M. le SECRÉTAIRE donne lecture du procès-verbal de la dernière séance. Ce procès-verbal mis aux voix est adopté.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL. Nous avons reçu un télégramme de notre excellent collègue, M. John Sibbald, membre de l'*Association médico-psychologique anglaise;* il s'excuse de ne pouvoir assister au Congrès. Un accident imprévu l'a arrêté, le jour même de son départ. Nous adressons à notre savant collègue l'expression de nos sincères regrets et de nos vives sympathies.

MM. Labitte seraient heureux de recevoir les membres du Congrès à l'établissement de Clermont. Nous pourrions partir dimanche à 7 heures 45 minutes, et être de retour à 4 heures à Paris.

Demain, excursion à Ville-Évrard; nous partirons à 8 heures.

M. LE PRÉSIDENT. M. le Dr Voisin a la parole pour une communication.

ÉTUDE SUR LA TEMPÉRATURE DES PAROIS DE LA TÊTE CHEZ LES ALIÉNÉS.

M. le Dr Auguste VOISIN, *médecin de la Salpêtrière.* Messieurs, je suis heureux de vous faire part du résultat d'observations que je poursuis depuis plusieurs années et qui sont relatives à la recherche de la température des parois de la tête dans les diverses formes d'aliénation mentale. C'est là un sujet qui me semble pouvoir comporter toutes les conséquences théoriques et pratiques, aussi je n'ai pas voulu en parler avant d'avoir accumulé des preuves irréfutables; un seul point m'embarrasse: c'est que mon sujet est tellement vaste que je

crains de ne pouvoir être en même temps complet et concis. Je ferai du moins mes efforts pour être concis.

Permettez-moi de vous dire en deux mots comment j'ai été amené à rechercher la température du crâne et des diverses parties du crâne chez les aliénés.

Depuis longtemps j'avais remarqué, ce qui n'est d'ailleurs pas nouveau, que, dans certaines formes de folie, on pouvait observer plus ou moins passagèrement une température axillaire au-dessus de la normale; la folie paralytique est celle de toutes qui présente le plus fréquemment ces exacerbations fébriles. Vous savez que, dans les périodes aiguës de la paralysie générale, il est ordinaire de trouver de la fièvre et que la température peut atteindre jusqu'à 40 degrés; qu'on en rencontre encore très souvent, quand il survient une recrudescence de délire; qu'alors le thermomètre, mis sous l'aiselle, peut indiquer une température de 39°, 39° 5, etc.; j'ai démontré ailleurs que, même dans les cas les plus chroniques, la fièvre fait des apparitions de courte durée dont le praticien ne doit pas méconnaître la signification. (Voisin, *Note* présentée à l'Académie de médecine en mars 1876. *Leçons cliniques sur les maladies mentales*, 1876. — *Mémoire sur la mélancolie dans la paralysie générale*, couronné par l'Académie en 1876. — Burlureaux, *Thèse*, Paris, 1874.) Plus tard j'ai remarqué que les indications fournies par la température axillaire donnaient des renseignements insuffisants, et j'ai porté mon attention sur la température de la tête; j'ai pu remarquer alors que la température de la boîte crânienne était loin de suivre exactement les écarts de la température axillaire, et que bien souvent la température crânienne dépassait de beaucoup la normale, alors que la température axillaire s'en éloignait très peu ou pas du tout. Mes recherches avaient d'abord été faites sur des aliénés paralytiques; j'en avais conclu qu'il y avait souvent chez eux de l'hyperthermie cérébrale. Quand j'en ai eu la conviction, je m'attachai à atteindre, pour ainsi dire sur place, la phlegmasie, et j'eus la satisfaction d'obtenir des résultats heureux en employant pendant plusieurs mois, d'une façon continue, des révulsifs puissants tels que des cautères à la nuque, des vésicatoires à la tête.

Plus tard, frappé de l'analogie qui existait entre le délire maniaque des autres aliénés, analogie telle que les praticiens les plus exercés commettent parfois des erreurs de diagnostic et méconnaissent la paralysie générale là où elle existe, tandis qu'ils la soupçonnent lorsqu'elle n'existe pas, je me demandai si le délire maniaque, *à quelque forme de folie qu'il appartînt*, n'était pas lié à une fluxion cerébrale. En cela je me gardais d'oublier l'opinion de Parchappe. Les instruments de précision seuls pouvaient me fournir la solution de ce problème. Or, le thermomètre ordinaire me la donna dans une certaine mesure, mais d'une façon insuffisante encore, ainsi que je le dirai tout à l'heure. Les explorations thermométriques m'apprirent en effet, chez les malades atteints de vésanie, alors que la paralysie générale était hors de cause, que chaque fois qu'il existait du délire maniaque il y avait une température crânienne dépassant de beaucoup la normale, et que cette hyperthermie peut ne pas coïncider avec la fièvre.

Les élèves qui suivent avec moi mes malades pourraient vous dire les satisfactions thérapeutiques que j'ai déjà obtenues en suivant pas à pas les indi-

cations que me fournissait cette simple observation de l'hyperthermie cérébrale chez les aliénés par vésanie. Je suis convaincu qu'avec un peu d'habitude et d'attention, on peut, en suivant cette méthode, arriver à enrayer plus d'une parmi les maladies mentales qui conduisent à l'incurabilité.

J'ai cette foi robuste.

Voici comment je procède : supposons qu'on m'amène une malade atteinte de ce délire aigu qu'on désigne d'habitude sous le nom de manie; supposons que je ne connaisse rien sur ses antécédents, ce qui est d'ailleurs le cas habituel; je commence par chercher à poser le diagnostic, et grâce à diverses investigations, entre autres à l'exploration par le thermomètre, il est rare que je n'arrive pas à établir le diagnostic et le traitement *immédiat.* Ou bien le thermomètre, placé soit dans l'aisselle, soit sous le rectum, indique de la fièvre, et alors je redoute la paralysie générale ou une maladie intercurrente, et je redouble de précautions pour poser un diagnostic précis. Dans ces cas il y a en même temps une température excessive à la tête, mais l'exploration de la tête ne m'indique rien de bien spécial; ou bien il n'y a pas de fièvre, et alors il y a bien certainement de l'hyperthermie locale encéphalique. C'est contre cette dernière que je dirige le traitement; je le poursuis jusqu'à ce que je m'en sois rendu maître. Telle malade atteinte d'hyperthermie encéphalique sans fièvre peut être au début d'une folie paralytique; je parviens bien vite à m'en assurer en étudiant plus spécialement le délire et les troubles somatiques; j'ai alors relativement peu de chances de succès, car du moment où le diagnostic de folie paralytique est possible, c'est qu'il existe depuis un certain temps dans l'encéphale des lésions qui peuvent être au-dessus des ressources de l'art. Mais il peut aussi arriver, comme je viens d'avoir l'honneur de vous le dire, que cette malade atteinte d'hyperthermie localisée à l'encéphale ne présente pas de signes de folie paralytique. Chez elle alors le délire est dû à une simple fluxion encéphalique qui peut être de date récente; je m'empresse de la combattre et j'y parviens le plus souvent au moyen d'un ou de deux vésicatoires appliqués sur la nuque ou sur la tête. Une fois que je me suis rendu maître de l'élément fluxionnaire, j'emploie une médication antispasmodique dont la morphine est la base; je pousse alors la dose de morphine assez loin pour obtenir le calme dans ce système nerveux ébranlé, je tâche de provoquer un sommeil qui, pour n'être pas naturel, n'en est pas moins réparateur, et j'arrive ainsi, après avoir donné au cerveau ce repos forcé et prolongé, à des résultats thérapeutiques durables.

Telle est, Messieurs, d'une façon sommaire, la conduite que j'adopte à l'égard d'une malade que je vois pour la première fois; inutile de vous dire que s'il s'agissait d'un homme, je redouterais plus spécialement la folie paralytique, même en l'absence des signes caractéristiques et de la fièvre. Mais prenons le cas de malades que nous avons eu le temps d'observer pendant plusieurs semaines; notre conduite est dirigée par les mêmes principes. S'il s'agit d'une aliénée paralytique, chaque fois que nous observons chez elle une recrudescence de la fluxion encéphalique, nous appliquons sur la tête un vésicatoire, et nous parvenons ainsi à calmer le délire aigu, à sauver la malade d'un danger immédiat et quelquefois à la guérir si elle n'est qu'à la première ou

au commencement de la seconde période de la maladie ; s'il s'agit d'une aliénée non paralytique, et si, dans le cours d'un traitement antispasmodique, il survient de la fluxion cérébrale sans fièvre, ce dont nous sommes averti par la recrudescence du délire et par l'exploration avec le thermomètre, nous nous hâtons de suspendre le traitement antispasmodique, de recourir aux révulsifs sur la tête, et aussitôt que nous nous sommes rendu maître de cet élément fluxionnaire qui ne peut qu'aggraver la maladie, nous reprenons le traitement antérieur. C'est quelquefois à cinq ou six reprises qu'il faut ainsi arrêter le traitement commencé pour parer au danger que cause la fluxion cérébrale. J'en ai cité des exemples dans le *Bulletin de thérapeutique* (janvier et février 1876).

Parfois un seul vésicatoire, une modification du régime alimentaire et un purgatif parviennent en quarante-huit heures à dissiper la fluxion encéphalique; d'autres fois c'est pendant des semaines entières qu'il faut lutter; on y parvient le plus souvent, et pour ma part je suis convaincu qu'en agissant ainsi on pourrait empêcher beaucoup de folies purement névropathiques de passer à l'état congestif et inflammatoire et à la démence.

Pendant les premières années de mes études sur ce sujet, j'étais assez mal outillé, et je ne parvenais pas toujours à démontrer facilement l'existence de ces fluxions cérébrales, surtout quand elles étaient passagères, comme chez les hystériques, et quand elles étaient localisées, comme il arrive le plus souvent; je me servais du thermomètre ordinaire que j'appliquais derrière l'oreille, en le fixant avec de l'ouate et un tour de bande. C'est là un procédé que je serais actuellement en droit d'appeler grossier. Ces investigations me prenaient en effet un temps considérable et ne me donnaient que des résultats approximatifs. Elles ont suffi pour me démontrer l'existence de la congestion encéphalique presque permanente chez les aliénés paralytiques; mais j'avais souvent beaucoup de peine à saisir chez les aliénés par vésanie les traces de ces congestions passagères et localisées auxquelles je faisais tout à l'heure allusion. Grâce à un instrument nouveau, je puis maintenant prendre très rapidement la température crânienne, ce qui me permet de faire en quelques minutes diverses explorations chez le même malade; ainsi je puis prendre en cinq minutes la température du front, du bregma, des deux régions mastoïdiennes et temporales; c'est vous dire combien l'instrument dont je me sers est sensible.

Il est en outre d'une précision parfaite, et les résultats qu'il donne peuvent être contrôlés et comparés avec ceux du thermomètre ordinaire.

Ce n'est pas autre chose qu'un *très petit* thermomètre à mercure qui, grâce à la minime quantité de mercure qu'il contient et à la finesse presque capillaire du tube, est d'une exquise sensibilité.

La graduation est faite sur le tube : elle ne va que de 30 à 45 degrés; la colonne de mercure est tellement fine qu'on pourrait difficilement lire la graduation, mais une loupe adjointe à l'appareil permet de lire facilement. Voici d'ailleurs cet instrument, à la construction duquel a bien voulu présider M. Salet, maître de conférences à la Sorbonne. Il me suffit, pour prendre la température, de mettre la petite cuvette en contact avec la peau du crâne, en

écartant les cheveux s'il y en a; de recouvrir la cuvette d'un tampon d'ouate, et de lire, car l'ascension du mercure est tout à fait instantanée et l'équilibre de température est très vite obtenu.

Je pose le thermomètre en six endroits différents :

Sur le milieu du front;

En arrière du tiers supérieur du pavillon de chaque oreille;

Sur le bregma;

Sur le point iniaque (protubérance occipitale supérieure);

Sur les tempes.

Ce sont les points du crâne qu'a explorés M. Broca chez l'homme sain.

Ce petit instrument est supérieur à l'appareil thermo-électrique dont s'est servi M. Schiff pour faire ses remarquables études sur l'échauffement des centres nerveux; *j'ai vu* fonctionner l'appareil de M. Schiff, à Genève, entre les mains du savant expérimentateur. Or, pour se servir de cet appareil, il faut une dextérité qu'on n'acquiert pas facilement.

D'autre part, c'est un appareil coûteux et encombrant. Enfin, reproche plus grave, les observations faites avec deux appareils thermo-électriques différents ne sont pas comparables entre elles; or je tiens à ce qu'on puisse contrôler mes recherches, ce que tout le monde pourra faire avec un instrument pareil au mien ou même, dans certains cas, avec un thermomètre ordinaire. L'appareil thermo-électrique a encore l'inconvénient de donner des résultats qui ne peuvent pas être comparés avec ceux que fournissent les thermomètres à mercure.

Enfin j'ai pu m'assurer que les observations prises avec l'appareil thermo-électrique varient suivant les jours, les heures, lors même que les piles sont placées dans des conditions identiques. J'ai, en effet, eu à mon service un appareil thermo-électrique que M. Ruhmkorff a bien voulu mettre à ma disposition. J'ai donc abandonné cet appareil et j'ai fait mes observations avec mon petit thermomètre à mercure. Tout d'abord, me mettant en garde contre les conclusions prématurées, j'ai recherché quelles étaient les températures des diverses parties du crâne chez les individus sains. Autant que possible, je me plaçais dans des conditions identiques d'observation : ainsi je faisais mettre dans une même salle toutes les personnes dont j'examinais la température crânienne; mes observations ont été en outre suffisamment nombreuses pour que j'en puisse considérer les résultats comme certains. Or, j'ai pu observer que la température des diverses parties du crâne varie dans une certaine mesure chez les individus sains : ainsi celle du front varie de 31 à 34, suivant les sujets;

Celle du bregma de 33 à 35;

Celle de l'inium de 34 à 35.5;

Celle de la région post-auriculaire ou sus-mastoïdienne de 31 à 34;

Celle des tempes, près la racine des cheveux, de 34 à 35.5.

Mes études sont aussi d'accord avec les remarques qu'avait présentées M. Broca à la Société pour l'avancement des sciences au Congrès du Havre

(1877), relativement aux rapides variations de température chez le même individu sain lorsque le cerveau passait de l'état de repos relatif à l'état de travail; j'ai pu me convaincre ainsi qu'il y avait une extrême mobilité dans les actes de la circulation cérébrale chez l'homme sain.

En tout cas, voici ce que je considère comme acquis chez l'homme sain, même quand le cerveau travaille : la plus haute température du crâne ne dépasse pas 36°; et encore cette température de 36° n'est-elle atteinte que momentanément, et, une fois le travail cérébral terminé, elle descend à un chiffre moindre. Cela étant, si chez un aliéné je voyais la température de telle ou telle partie du crâne atteindre momentanément 36°, je ne m'en inquiéterais aucunement; si, au contraire, je constatais que la température restât plusieurs jours de suite à 36°, j'aurais des craintes et j'instituerais un traitement révulsif et antiphlogistique.

Mais ce n'est pas 36° qu'indique le thermomètre chez les aliénés atteints d'hyperthermie crânienne, sans fièvre : ainsi chez une hallucinée j'ai noté pendant plusieurs jours 37° 8 derrière l'oreille gauche, alors que la température axillaire n'était que de 37°; je crois avoir rendu service à cette malade en lui appliquant un vésicatoire à la nuque, à la suite duquel la température est redescendue à 33° derrière l'oreille gauche, en même temps que le délire était diminué.

Chez une autre malade (Cla...) la température post-auriculaire gauche était de 37° 6, alors que la température axillaire n'était que de 37°. Cette malade, considérée par un de nos confrères les plus distingués comme menacée de folie paralytique, a parfaitement guéri, et je l'ai revue quinze mois après sa sortie. Un vésicatoire permanent que j'ai fait appliquer sur l'occiput rasé a amené au bout de neuf jours une chute de la température, qui est arrivée à 33° derrière l'oreille droite et 32° 8 derrière l'oreille gauche. Chez une autre malade (Gris...) la fluxion cérébrale était tellement intense, que, malgré l'emploi des révulsifs sur la région bregmatique, je n'ai pas pu m'en rendre maître; cette femme, qui n'avait pas de fièvre, avait au bregma une température de 38°. Elle m'était arrivée, du reste, dans un état cachectique dû au refus d'aliments; elle a succombé le quatrième jour de son entrée dans mon service et l'autopsie a montré que j'avais été dans le vrai en poursuivant sur place, c'est-à-dire sur la région bregmatique, la fluxion encéphalique; les lésions congestives étaient en effet localisées aux circonvolutions fronto-pariétales des deux côtés, dans leurs parties supérieures et les plus internes.

Chez une alcoolisée subaiguë (Fort...), qui n'offrait guère comme symptômes que de l'exubérance de la parole, la température était accrue en arrière des deux oreilles et dépassait la température axillaire, qui était normale. (Notez que cette région post-auriculaire correspond à la partie inféro-externe de la troisième frontale et de la frontale ascendante.)

Chez une autre (Alb....), atteinte de congestion cérébrale et de loquacité, d'amnésie causée par des excès alcooliques, la température était accrue en arrière de l'oreille gauche. Des vésicatoires permanents ont fait disparaître cette congestion et l'amnésie chez cette femme que des certificats médicaux considéraient comme atteinte de démence paralytique.

Nous venons de voir le parti qu'on peut tirer de l'observation thermométrique épicrânienne dans les cas où il n'existe pas de fièvre.

Quand il existe de la fièvre, l'examen de la température crânienne est moins intéressant; mais on peut cependant encore en tirer des indications utiles : n'est-il pas en effet intéressant de savoir que parfois la température de la tête est plus élevée que celle du reste du corps ? J'ai vu tout récemment une aliénée paralytique en proie à un violent délire, dont la température post-auriculaire droite était de 39° alors que l'axillaire était de 38° 5.

Il est encore une série d'études que je voudrais vous signaler, et c'est par là que je finirai : elle concerne les localisations des phénomènes fluxionnaires ou inflammatoires.

Il ne faudrait pas croire que toujours tout l'encéphale se fluxionne à la fois : souvent la fluxion est localisée, et pour l'atteindre il est nécessaire de connaître exactement la région qu'elle occupe. Dans certains cas de délire général, le plus souvent accompagné de réaction fébrile, tout l'encéphale est congestionné, mais plus ou moins suivant les régions. Dans d'autres cas, et c'est ce qui arrive surtout chez les hallucinés, dans les cas de délire partiel, la fluxion n'atteint que telle ou telle région, telle ou telle circonvolution.

J'ai presque toujours constaté des différences de température dans les différentes parties symétriques du cerveau ; chez l'homme sain, ces différences sont minimes, elle ne dépassent pas un degré; mais chez l'aliéné l'écart peut être très considérable : ainsi, chez un paralysé général qui avait 38°3 sous l'aisselle, j'ai noté 37° derrière l'oreille droite et 39° derrière l'oreille gauche : n'est-il pas évident que, si l'on croit devoir intervenir en cas semblable, c'est du côté gauche de la tête qu'on devra appliquer soit les sangsues, soit les vésicatoires?

Des différences semblables se rencontrent souvent ; j'ai relevé un tableau très significatif à cet égard. Voici quelques fragments de ce tableau :

Une aliénée paralytique qui est dans le demi-coma, et qui a 39° 8 sous l'aisselle, a 38° 2 derrière l'oreille droite et 35° 7 derrière l'oreille gauche.

Une autre, très agitée, a 38° 3 sous l'aisselle, 39° derrière l'oreille droite et 37° 5 derrière l'oreille gauche.

Dé même, c'est le bregma, l'inium, c'est la région frontale qui peuvent être plus spécialement fluxionnés ; si je surprenais une température excessive localisée au bregma par exemple , c'est là que je placerais un cautère (je réserve plus spécialement le cautère pour les fous paralytiques chez lesquels il s'agit d'obtenir une révulsion puissante et de longue durée).

Les mêmes différences existent chez les aliénées par vésanie, qui ont de l'hyperthermie encéphalique sans fièvre et chez lesquelles je me trouve si bien de traiter l'élément fluxionnaire avant d'instituer le traitement antispasmodique; ou même, dans le cours de ce traitement, si je note une hyperthermie plus accentuée à gauche de la tête qu'à droite, c'est à gauche que j'appliquerai un vésicatoire.

Ces faits de congestions ou de fluxions localisées n'ont rien qui doive étonner des praticiens familiarisés avec l'étude de la pathologie générale : il est bien vrai qu'il y a dans l'organisme le *consensus unus* (la *conspiratio una*) qu'il ne

faut jamais perdre de vue, si l'on ne veut courir le risque d'oublier le malade pour atteindre la lésion dont il est porteur; mais il faut aussi compter avec ce fait, que les divers départements de l'organisme ont leur innervation propre. Nous avons tous vu chez des femmes nerveuses un doigt devenu subitement pâle et anémié, alors que les doigts voisins restent à l'état normal; nous savons qu'un lobe pulmonaire peut se congestionner alors que les autres lobes restent sains; pourquoi une partie du cerveau ne pourrait-elle pas se fluxionner indépendamment des autres ou plus ou moins que les voisines? Des recherches anatomiques récentes ont appris qu'il existe des artères différentes et spéciales pour divers départements du cerveau.

Dans tous les cas, je crois que l'étude de la circulation cérébrale et de la température est de la plus grande importance en pathologie cérébrale; je suis convaincu en effet, contrairement à l'opinion de Virchow, à savoir : que le fonctionnement des cellules se fait sans le secours de la nutrition; je suis convaincu, dis-je, que les propriétés d'ordre vital que possède la substance cérébrale sont subordonnées à la nutrition.

Ce qu'on découvre avec le stéthoscope pour les maladies ordinaires, on peut le trouver avec le thermomètre pour les maladies mentales. La méthode est logique et les résultats que l'on en obtient sont, je vous assure, très encourageants. (Applaudissements.)

M. le Président. La parole est à M. Gallopain pour la lecture d'un Mémoire.

RECHERCHES

SUR L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE DU SANG DANS LA FOLIE.

M. le D[r] Gallopain, *médecin adjoint de l'asile d'aliénés d'Évreux (Eure)*. Messieurs, nous exposerons dans ce Mémoire le résultat de nos recherches sur les globules du sang dans les différents genres d'aliénation mentale; cette étude portera sur deux points principaux :

1° Le nombre des globules rouges et des globules blancs;

2° Le dosage de l'hémoglobine.

Les procédés et les appareils que nous avons employés dans nos recherches hématimétriques et chromométriques sont exclusivement ceux qui sont préconisés par M. Hayem; nous n'en ferons pas la description.

Les nombres de globules rouges et de globules blancs que nous avons trouvés sont présentés sous forme de tracés graphiques permettant de voir facilement et promptement les variations des globules suivant les malades.

Les points de ces tracés, en effet, représentent, non pas les variations des globules, à différentes époques, chez un même malade, mais la moyenne des globules trouvés dans plusieurs numérations chez autant d'aliénés différents.

Nous avons cru qu'il serait intéressant de faire dans chaque tableau deux tracés, l'un pour les hommes, l'autre pour les femmes.

Nous avons fait le dosage de l'hémoglobine par le procédé des teintes coloriées de M. Hayem; les résultats que nous avons obtenus ont été présentés de

deux façons : d'abord nous avons donné l'évaluation en globules sains de la richesse en hémoglobine d'un millimètre cube de sang ; ensuite nous avons tracé un graphique dans lequel nous avons représenté la valeur individuelle d'un globule rouge chez les différents malades que nous avons examinés.

Nous fixerons comme suit les nombres de globules rouges et de globules blancs qui nous serviront à marquer la limite entre l'état physiologique et l'état pathologique.

Il a été établi par MM. Grancher, Fouassier [1], Hayem [2], Patrigeon [3], Dupérié [4], que, chez l'adulte bien portant, le nombre des globules rouges du sang capillaire est de 5 à 6 millions.

Chez les individus d'une santé plus faible, ajoute M. Hayem, la moyenne est sensiblement moins élevée; elle est d'environ 4,600,000.

Nous adopterons, avec la plupart des auteurs qui se sont occupés d'hématologie, le nombre de 4,500,000 comme marquant la limite physiologique inférieure des globules rouges.

Les globules blancs, selon MM. Grancher et Fouassier, varient, à l'état normal, de 6 à 10,000; selon M. Patrigeon, de 3 à 9,000; enfin MM. Hayem et Dupérié fixent le nombre moyen des leucocytes à 5,000.

Nous considérerons comme normaux tous les nombres de globules blancs qui seront égaux ou inférieurs à 10,000, et comme pathologiques tous les cas où nous trouverons plus de 10,000 leucocytes.

Tandis qu'à l'état normal, même chez les individus d'une santé faible, le pouvoir colorant du sang est proportionnel au nombre des globules rouges, dans les anémies chroniques on trouve constamment un *défaut de concordance entre le nombre de ces éléments colorés et le pouvoir colorant du sang*, c'est-à-dire que le pouvoir colorant est toujours inférieur; ce fait essentiel est le résultat des altérations des globules, et les écarts plus ou moins grands qui existent entre le nombre des globules et le pouvoir colorant donnent exactement la mesure de ces altérations [5].

On peut admettre que l'anémie est, en général, constituée comme état pathologique cliniquement appréciable, lorsque la richesse du sang en hémoglobine est exprimée par un chiffre inférieur à 4 millions de globules sains.

A l'état normal, la valeur individuelle d'un globule est représentée par 1, et cette valeur, même chez les personnes d'une faible santé, tombe rarement au-dessous de 0,90 [6].

M. Hayem divise l'anémie en quatre degrés ; nous ne décrirons que les deux premiers degrés, les seuls qui nous intéressent :

1° L'anémie légère, dans laquelle la richesse du sang en hémoglobine, exprimée en globules sains, varie de 4 millions à 3 millions environ; la valeur individuelle des globules varie de 1 à 0,70 (1 exprimant la moyenne physiologique) ;

(1) Thèse, 1876.

(2) *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, 17 juillet 1876.

(3) Thèse.

(4) Thèse, 1878.

(5) Hayem, dans les *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, 17 juillet 1876.

(6) Hayem, dans l'*Union médicale*, 28 et 30 avril 1877.

2° L'anémie de moyenne intensité, caractérisée par une richesse en hémoglobine pouvant varier de 3 à 2 millions environ de globules sains; une valeur individuelle des globules oscillant entre 0,30 et 0,80.

C'est en nous appuyant sur les données précédentes que nous déduirons nos conclusions sur l'état du sang dans la folie.

Nous étudierons successivement le sang dans la manie aiguë, la manie chronique, la lypémanie, la paralysie générale progressive, la démence, l'épilepsie et l'idiotie.

MANIE AIGUË[1].

Nous avons fait la numération des globules du sang dans 13 cas de manie aiguë; le nombre des globules rouges s'est montré très différent selon les malades que nous avons examinés; c'est ainsi que, si, chez l'un, nous avons compté 5,500,000 globules rouges, chez un autre, nous en avons trouvé moins de 3 millions; deux fois seulement nous avons rencontré un nombre d'hématies que nous pouvons considérer comme normal.

La numération des globules blancs nous a également donné des nombres très différents d'un malade à un autre; le chiffre le plus bas que nous ayons trouvé est de 7,500 et le plus élevé de 19,200; nous avons trouvé ce dernier nombre dans un cas de manie aiguë qui a emporté le malade au bout de peu de jours.

3 fois sur 13 les leucocytes se sont montrés dans les limites physiologiques (c'est-à-dire en nombre inférieur à 10,000).

Le rapport des globules blancs aux globules rouges a varié de $\frac{1}{200}$ à $\frac{1}{430}$.

Sur 10 seulement de ces malades nous avons fait le dosage de l'hémoglobine; chez presque tous nous avons trouvé une disproportion assez considérable entre le nombre des globules rouges et la valeur réelle de ceux-ci représentée par des globules sains, ce dernier nombre étant toujours inférieur au premier. La valeur individuelle d'un globule a, par suite, été assez faible; et, adoptant pour l'anémie les divisions de M. Hayem, nous dirons que sur nos 10 malades atteints de manie aiguë, 1 présentait une anémie légère, et 9 une anémie de moyenne intensité.

Nous mentionnerons, seulement pour mémoire, un accès de manie aiguë (ayant promptement fait place à un état chronique) qui s'est déclaré chez un homme profondément anémique : la valeur réelle de 1 millimètre cube de son sang était représentée seulement par 800,000 globules sains, et la valeur individuelle d'un globule était abaissée au nombre infime de 0,25.

MANIE CHRONIQUE[2].

Nos recherches hématimétriques, dans la manie chronique, ont porté sur 17 malades.

Le nombre des globules rouges a varié de 3,350,000 à 4,750,000 ; dans

[1] Voir plus loin les tableaux p. 172 à 175.
[2] Voir plus loin les tableaux p. 176 à 179.

7 cas, c'est-à-dire dans la proportion d'un peu plus de 40 p. 0/0, le nombre des globules rouges était égal ou supérieur à la limite physiologique inférieure de 4,500,000.

Le nombre des globules blancs a varié de 7,400 à 16,000; dans deux cas seulement nous avons rencontré un nombre normal de leucocytes; la moyenne générale s'écarte cependant peu de l'état physiologique, car elle s'élève seulement à 12,000.

Le rapport des globules blancs aux globules rouges s'étend de $\frac{1}{330}$ à $\frac{1}{500}$.

Le dosage de l'hémoglobine nous a donné des nombres ayant peu varié chez nos différents malades; l'évaluation en globules sains de la quantité d'hémoglobine contenue dans 1 millimètre cube de sang est représentée, en moyenne, par 2,400,000.

La valeur individuelle d'un globule est généralement comprise dans des limites qui indiquent une anémie de moyenne intensité; dans deux cas cependant nous avons constaté que l'anémie était très légère.

En résumé, nos recherches nous amènent à conclure que, dans la manie chronique, une anémie de moyenne intensité existe dans la proportion d'un peu plus de 85 p. 0/0.

LYPÉMANIE [1].

Sur 31 lypémaniaques que nous avons examinés, nous avons trouvé que, dans 9 cas, c'est-à-dire dans la proportion de près de 30 p. 0/0, le nombre des globules rouges pouvait être considéré comme normal; les 22 autres malades possédaient un nombre de globules rouges notablement inférieur, la moyenne de ces derniers étant d'environ 3,800,000.

Le nombre des globules blancs a présenté d'assez grandes variations; il y a en effet une différence de près de 11,000 entre le chiffre le plus bas et le chiffre le plus élevé; sur nos 31 lypémaniaques, le nombre de ceux chez qui nous avons trouvé un chiffre à peu près normal de leucocytes est de 10.

La proportion des lypémaniaques possédant un nombre physiologique de globules blancs à ceux qui en possèdent un nombre supérieur est donc de 32 p. 0/0; nous avons remarqué que les globules blancs étaient d'autant plus nombreux que la lypémanie était plus intense; les chiffres les plus élevés nous ont été fournis par des individus atteints de lypémanie anxieuse; nous nous bornons à signaler ce fait sans vouloir, à ce sujet, poser une proposition affirmative générale.

Le rapport des globules blancs aux globules rouges a varié chez les hommes de $\frac{1}{200}$ à $\frac{1}{600}$, et chez les femmes de $\frac{1}{200}$ à $\frac{1}{450}$.

Nous avons fait le dosage de l'hémoglobine chez 30 lypémaniaques; l'évaluation en globules sains de la richesse en hémoglobine de 1 millimètre cube de sang est représentée par des nombres s'étendant de 1,750,000 à 3 millions; la valeur individuelle d'un globule a été généralement assez faible : elle a varié de 0,425 à 0,72; sur nos 30 malades, nous en comptons seulement 4 qui présentaient une anémie légère, les 26 autres étaient atteints

[1] Voir plus loin les tableaux p. 180 à 183.

d'une anémie de moyenne intensité, et 3 de ces derniers étaient très près de l'anémie intense.

Les lypémaniaques, chez lesquels nous n'avons trouvé qu'une anémie légère, sont loin d'être tous les mêmes que ceux chez qui nous avons trouvé un nombre normal de globules rouges; c'est ainsi qu'une femme possédant 5 millions de globules rouges ne nous a donné que 0,50 pour valeur individuelle d'un globule, et deux autres malades, ayant chacune 3,900,000 globules, nous ont donné, pour valeur d'un globule, l'une 0,50 et l'autre 0,72. Nous devons, en outre, faire remarquer qu'un grand nombre de globules blancs n'implique nullement une pauvreté de sang en hémoglobine; c'est ainsi que cette dernière malade qui nous a donné 0,72 pour valeur individuelle d'un globule, nous a fourni également le plus fort nombre de globules blancs que nous ayons trouvés chez les lypémaniaques (18,600).

Les considérations qui précèdent nous amènent à conclure que dans la lypémanie :

L'hypoglobulie (nombre de globules rouges inférieur à 4,500,000) se rencontre dans la proportion de 70 p. 0/0.

Les malades chez lesquels le nombre des globules blancs est supérieur à 10,000 se rencontrent également dans la proportion de 70 p. 0/0.

Enfin, une anémie de moyenne intensité existe dans les $\frac{5}{6}$ des cas.

PARALYSIE GÉNÉRALE PROGRESSIVE [1].

Nos recherches hématimétriques ont porté sur 18 malades hommes, atteints de paralysie générale progressive.

Chez ces 18 malades nous avons constaté que, dans six cas, le nombre des globules rouges était égal ou supérieur à la limite physiologique inférieure de 4,500,000; la proportion des paralytiques nous ayant donné un nombre normal de globules rouges est donc de 32 p. 0/0.

La diminution du nombre des globules rouges dans les différentes périodes de la maladie est peu sensible; nous avons cependant trouvé, chez deux paralytiques arrivés à la dernière période de leur affection, un nombre assez faible de globules rouges, 3,100,000 et 3,550,000; mais, en revanche, deux autres malades, dont l'un était à la première période, et l'autre à la deuxième, possédaient chacun un nombre de globules très peu supérieur à ce dernier chiffre.

Le nombre des leucocytes a varié de 9,000 à 20,500, et la moyenne a été de 14,500; nous n'avons constaté aucun rapport entre le plus ou moins grand nombre de globules blancs et les progrès de la paralysie générale; nous avons trouvé des nombres faibles et des nombres élevés de leucocytes dans toutes les périodes de cette maladie.

Le rapport des globules blancs aux globules rouges a varié de $\frac{1}{150}$ à $\frac{1}{550}$.

Nous avons fait le dosage de l'hémoglobine chez 13 paralytiques : nous avons trouvé que l'évaluation en globules sains de la quantité d'hémoglobine contenue dans un millimètre cube de sang a varié de 2 à 3 millions, et que la moyenne a été de 2,400,000.

[1] Voir plus loin les tableaux p. 184 à 187.

La valeur individuelle d'un globule indique chez tous nos malades une anémie de moyenne intensité; notons cependant que, dans un cas, l'anémie peut être considérée comme légère; ici, comme pour le nombre de globules, nous n'avons rien de particulier à signaler pour les différentes périodes de la maladie : dans chacune, en effet, ce qui domine dans la constitution du paralytique c'est l'anémie.

Mais, pour résoudre complètement cette dernière question, il faudrait pratiquer l'hématimétrie et la chromométrie chez un même individu à toutes les périodes de la maladie, ce que nous n'avons encore pu faire; nous avons cependant fait l'examen du sang d'un même paralytique à cinq mois d'intervalle, et les résultats que nous avons obtenus, pour le nombre des globules rouges et la quantité d'hémoglobine, offrent des différences peu sensibles.

En résumé, dans la paralysie générale :

L'hypoglobulie (nombre d'hématies inférieur à 4,500,000) existe dans un peu plus des deux tiers des cas.

Le nombre des globules blancs (du reste très variable) est en moyenne de 14,500.

Enfin, chez tous nos paralytiques, à quelque période qu'ils fussent de leur maladie, nous avons constaté une anémie de moyenne intensité.

DÉMENCE[1].

Nous avons examiné le sang de 24 malades atteints de démence, soit sénile, soit terminale; un quart de ces malades nous ont donné un nombre de globules rouges à peu près normal; chez un quart également nous avons trouvé un nombre de globules blancs ne dépassant pas les limites physiologiques; le chiffre le plus fort de leucocytes que nous ayons trouvé est de 17,500, et la moyenne générale est de 12,500. Le rapport des globules blancs aux globules rouges s'étend de $\frac{1}{180}$ à $\frac{1}{530}$ ou une moyenne de $\frac{1}{300}$.

La quantité d'hémoglobine contenue dans un millimètre cube de sang diffère peu suivant les malades; la moyenne est évaluée à 2,400,000 globules sains.

La valeur individuelle d'un globule est faible, et constamment comprise dans les limites de l'anémie de moyenne intensité.

ÉPILEPSIE[2].

Nous avons examiné le sang de 26 aliénés épileptiques; un tiers avaient un nombre de globules rouges à peu près normal.

Les globules blancs, comme dans presque tous les autres cas d'aliénation, ont été très variables; les chiffres extrêmes que nous avons trouvés présentent une différence considérable; dans 3 cas seulement le nombre de leucocytes s'est maintenu dans les limites physiologiques.

[1] Voir plus loin les tableaux p. 188 à 191.
[2] Voir plus loin les tableaux p. 192 à 195.

La quantité d'hémoglobine contenue dans un millimètre cube de sang est généralement un peu plus élevée que celle que nous avons trouvée chez les autres malades; mais comme le nombre des globules rouges est aussi un peu plus élevé, nous sommes amenés à reconnaître que la différence entre le nombre des hématies et celui des globules sains représentant la richesse du sang en hémoglobine reste à peu près la même; or, c'est justement cette différence qui constitue l'anémie; et, en effet, si nous nous reportons à la valeur individuelle d'un globule, nous verrons que, sur 25 épileptiques, 2 étaient légèrement anémiques; tous les autres étaient atteints d'une anémie de moyenne intensité.

Nous avons recherché avec soin si, pendant la période des attaques, les globules rouges, les globules blancs et l'hémoglobine éprouvaient des variations; nos recherches ont été négatives; nous n'avons également trouvé aucune relation entre le nombre des globules rouges ou des globules blancs et la fréquence des attaques ou la gravité de l'épilepsie.

Il est permis de se demander si les modifications sanguines que nous venons de mentionner doivent se rapporter à la maladie épileptique ou à la folie qui l'accompagne; nous n'avons, pour trancher cette question, qu'un seul terme de comparaison; d'autres recherches sont nécessaires pour arriver à un résultat précis en ce point.

Pour l'instant, les conclusions que nous venons de formuler ne peuvent s'appliquer qu'à la folie épileptique, quelle qu'en soit du reste la forme.

IDIOTIE[1].

Un tiers des idiots que nous avons examinés possédaient un nombre de globules rouges à peu près normal.

Pour les globules blancs, nous n'avons trouvé que dans un seul cas un nombre inférieur à 10,000.

Le rapport des globules blancs aux globules rouges a varié de $\frac{1}{230}$ à $\frac{1}{570}$.

La moyenne de la quantité d'hémoglobine contenue dans un millimètre cube de sang s'est montrée assez faible; et la valeur individuelle d'un globule est représentée par des nombres qui indiquent que les 20 idiots chez lesquels nous avons fait le dosage de l'hémoglobine étaient tous atteints d'une anémie de moyenne intensité.

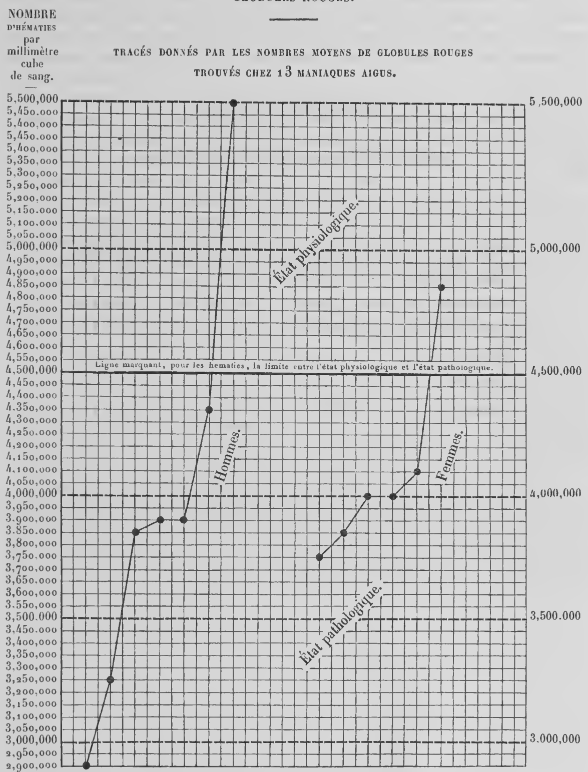
[1] Voir plus loin les tableaux p. 196 à 199.

TRACÉS ET TABLEAUX

ANNEXÉS AU MÉMOIRE DE M. LE D[r] GALLOPAIN.

MANIE AIGUË.

GLOBULES ROUGES.



Les points de ces tracés marquent la moyenne des globules rouges trouvés chez autant de malades différents.



MANIE AIGUË.

GLOBULES BLANCS.

TRACÉS DONNÉS PAR LES NOMBRES MOYENS DE GLOBULES BLANCS TROUVÉS CHEZ 13 MANIAQUES AIGUS.

NOMBRE de GLOBULES blancs par millimètre cube de sang.

19,600
19.400
19.200
19.000
18.800
18.600
18,400
18,200
18,000
17.800
17,600
17.400
17,200
17.000
16,800
16,600
16,400
16,200
16,000
15,800
15.600
15,400
15,200
15,000
14,800
14,600
14.400
14,200
14,000
13,800
13,600
13,400
13,200
13,000
12,800
12,600
12,400
12,200
12,000
11,800
11,600
11,400
11,200
11,000
10,800
10,600
10,400
10.200
10,000
9.800
9,600
9,400
9,200
9,000
8.800
8,600
8,400
8.200
8,000
7,800
7.600
7,400
7,200
7,000

État pathologique.

Hommes.

Femmes.

Ligne marquant, pour les leucocytes, la limite entre l'état physiologique et l'état pathologique.

État physiologique.

19,000
18,000
17,000
16,000
15,000
14,000
13,000
12,000
11,000
10,000
9,000
8,000
7,000

Les points de ces tracés marquent la moyenne des globules blancs trouvés chez autant de malades différents.

MANIE AIGUË.

DOSAGE DE L'HÉMOGLOBINE DANS 10 CAS DE MANIE AIGUË.

RICHESSE EN HÉMOGLOBINE D'UN MILLIMÈTRE CUBE DE SANG.

	NOMBRE DE GLOBULES ROUGES par millimètre cube de sang.	NOMBRE DE GLOBULES SAINS exprimant la richesse en hémoglobine du sang des différents malades.
Hommes	2,914,000	1,544,400
	3,885,000	2,007,800
	3,890,000	2,162,200
	4,402,000	2,378,400
	3,255,000	2,594,700
Femmes	3,847,000	2,270,300
	3,991,000	
	4,098,000	2,378,400
	4,000,000	2,486,500
	4,836,000	2,702,800

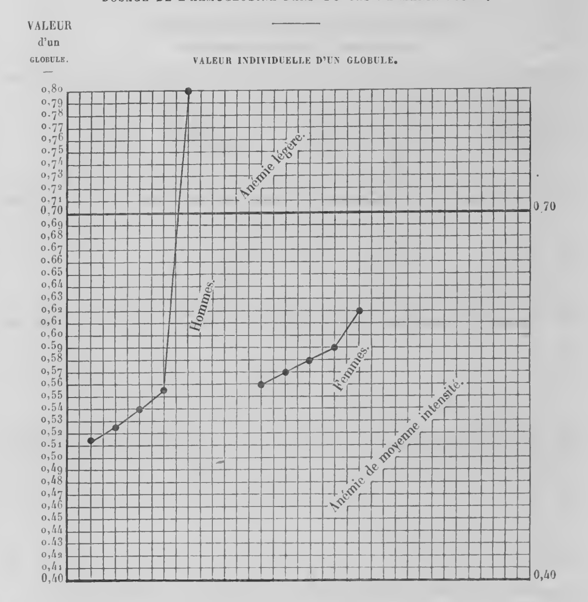
Les nombres placés à gauche de la page donnent la quantité de globules rouges que nous avons trouvés chez nos malades; les nombres placés à droite indiquent, en globules sains, la richesse en hémoglobine du sang des mêmes malades.

Nous avons réuni par une accolade les nombres, quelquefois très différents, de globules rouges renfermant la même quantité d'hémoglobine.

MANIE AIGUË.

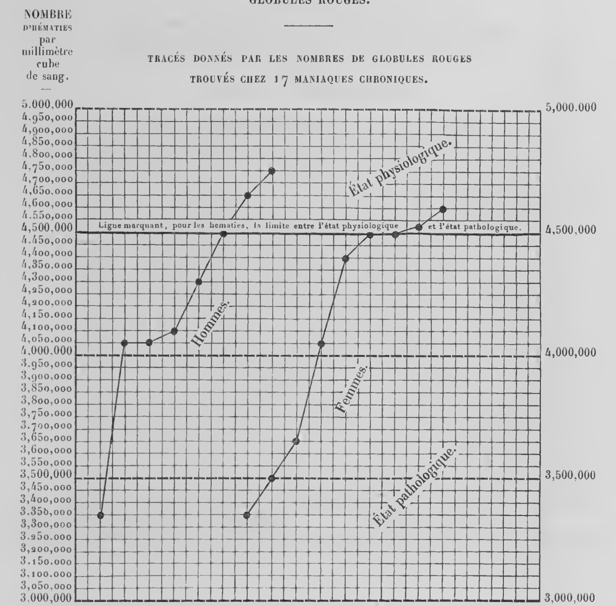
DOSAGE DE L'HÉMOGLOBINE DANS 10 CAS DE MANIE AIGUË.

VALEUR INDIVIDUELLE D'UN GLOBULE.



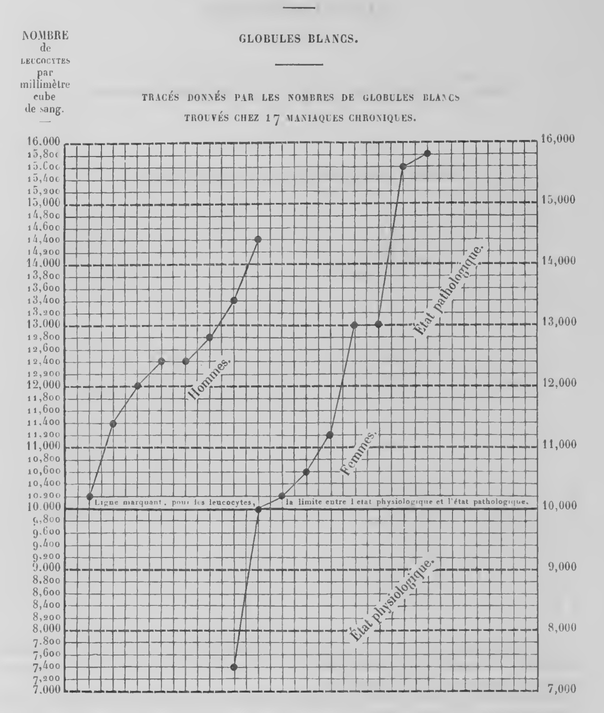
Les points de ces tracés marquent la valeur individuelle d'un globule rouge chez autant de malades différents.

MANIE CHRONIQUE.



Les points de ces tracés marquent la moyenne des globules rouges trouvés chez autant de malades différents.

MANIE CHRONIQUE.



Les points de ces tracés marquent la moyenne des globules blancs trouvés chez autant de malades différents.

MANIE CHRONIQUE.

DOSAGE DE L'HÉMOGLOBINE DANS 17 CAS DE MANIE CHRONIQUE.

RICHESSE EN HÉMOGLOBINE D'UN MILLIMÈTRE CUBE DE SANG.

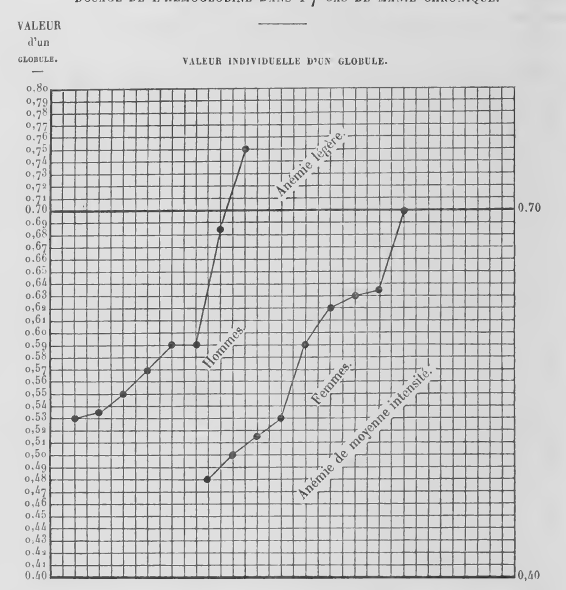
	NOMBRE DE GLOBULES ROUGES par millimètre cube de sang.	NOMBRE DE GLOBULES SAINS exprimant la richesse en hémoglobine du sang des différents malades.
Hommes	4,050,000	2,378,400
	4,300,000	
	4,050,000	
	4,650,000	2,486,500
	3,350,000	
	4,750,000	
	4,500,000	2,594,700
	4,100,000	2,810,900
Femmes	4,500,000	2,162,000
	4,550,000	2,270,000
	3,650,000	
	3,500,000	
	4,400,000	
	4,050,000	2,378,400
	4,500,000	
	3,350,000	
	4,600,000	2,919,000

Les nombres placés à gauche de la page donnent la quantité de globules rouges que nous avons trouvés chez nos malades; les nombres placés à droite indiquent, en globules sains, la richesse en hémoglobine du sang des mêmes malades.

Nous avons réuni par une accolade les nombres, quelquefois très différents, de globules rouges renfermant la même quantité d'hémoglobine.

MANIE CHRONIQUE.

DOSAGE DE L'HÉMOGLOBINE DANS 17 CAS DE MANIE CHRONIQUE.



Les points de ces tracés marquent la valeur individuelle d'un globule rouge chez autant de malades différents.

LYPÉMANIE.

GLOBULES ROUGES.

TRACÉS DONNÉS PAR LES NOMBRES DE GLOBULES ROUGES TROUVÉS CHEZ 31 LYPÉMANIAQUES.

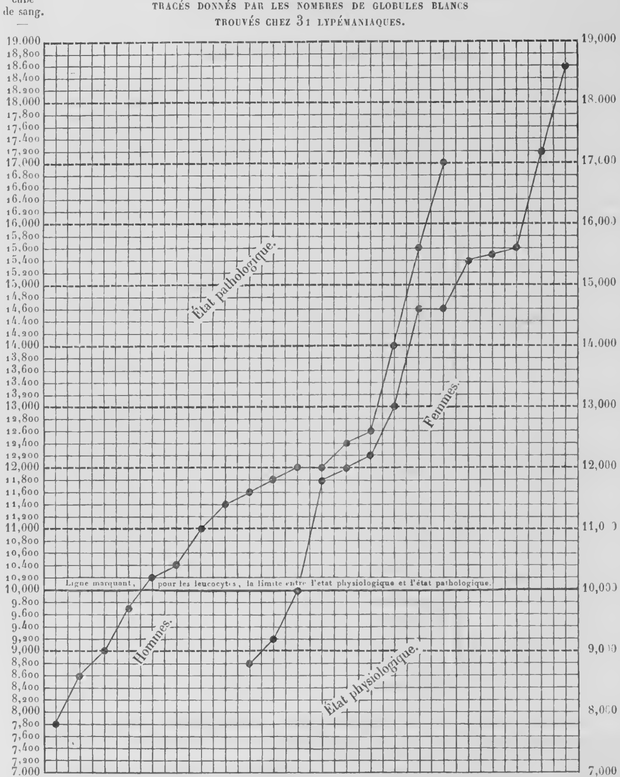
Les points de ces tracés marquent la moyenne des globules rouges trouvés chez autant de malades différents.

LYPÉMANIE.

GLOBULES BLANCS.

NOMBRE de LEUCOCYTES par millimètre cube de sang.

TRACÉS DONNÉS PAR LES NOMBRES DE GLOBULES BLANCS TROUVÉS CHEZ 31 LYPÉMANIAQUES.



Les points de ces tracés marquent la moyenne des globules blancs trouvés chez autant de malades différents.

LYPÉMANIE.

DOSAGE DE L'HÉMOGLOBINE CHEZ 30 LYPÉMANIAQUES.

RICHESSE EN HÉMOGLOBINE D'UN MILLIMÈTRE CUBE DE SANG.

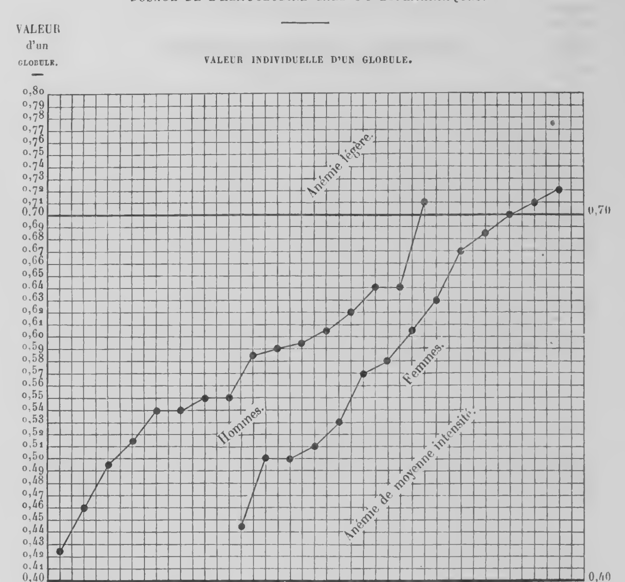
	NOMBRE DE GLOBULES ROUGES par millimètre cube de sang.	NOMBRE DE GLOBULES SAINS exprimant la richesse en hémoglobine du sang des différents malades.
Hommes	3,400,000	1,756,800
	4,850,000	2,054,300
	3,500,000	2,162,200
	3,650,000	
	5,200,000	2,378,400
	4,400,000	
	4,350,000	
	4,800,000	
	4,000,000	
	3,700,000	
	3,900,000	2,486,500
	3,500,000	
	4,775,000	2,594,700
	4,750,000	
	4,800,000	2,810,900
	5,000,000	3,027,100
Femmes	4,250,000	1,891,900
	3,350,000	1,946,000
	4,000,000	2,007,800
	4,200,000	2,085,000
	3,950,000	2,270,300
	4,500,000	2,378,400
	5,000,000	2,486,500
	3,550,000	
	4,100,000	
	3,950,000	
	3,650,000	2,594,700
	4,200,000	2,810,900
	3,900,000	
	4,250,000	2,919,000

Les nombres placés à gauche de la page donnent la quantité de globules rouges que nous avons trouvés chez nos malades; les nombres placés à droite indiquent, en globules sains, la richesse en hémoglobine du sang des mêmes malades.

Nous avons réuni par une accolade les nombres, quelquefois très différents, de globules rouges renfermant la même quantité d'hémoglobine.

LYPÉMANIE.

DOSAGE DE L'HÉMOGLOBINE CHEZ 30 LYPÉMANIAQUES.



Les points de ces tracés marquent la valeur individuelle d'un globule rouge chez autant de malades différents.

PARALYSIE GÉNÉRALE PROGRESSIVE.



GLOBULES ROUGES.

TRACÉS DONNÉS PAR LES NOMBRES DE GLOBULES ROUGES
TROUVÉS CHEZ 18 PARALYTIQUES.

NOMBRE
D'HÉMATIES
par
millimètre
cube
de sang.

5,500,000
5,450,000
5,400,000
5,350,000
5,300,000
5,250,000
5,200,000
5,150,000
5,100,000
5,050,000
5,000,000
4,950,000
4,900,000
4,850,000
4,800,000
4,750,000
4,700,000
4,650,000
4,600,000
4,550,000
4,500,000
4,450,000
4,400,000
4,350,000
4,300,000
4,250,000
4,200,000
4,150,000
4,100,000
4,050,000
4,000,000
3,950,000
3,900,000
3,850,000
3.800,000
3,750,000
3,700,000
3.650,000
3,600,000
3,550,000
3,500,000
3,450,000
3,400,000
3,350,000
3,300,000
3,250,000
3,200,000
3,150,000
3,050,000
3,000.000

État physiologique.

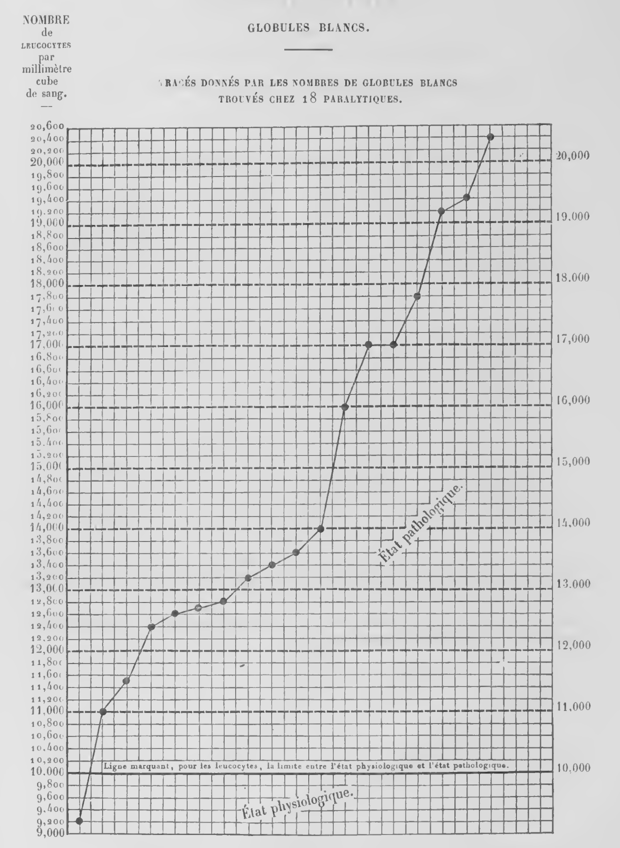
Ligne marquant, pour les hématies, la limite entre l'état physiologique et l'état pathologique.

État pathologique.

5,500,000
5,000,000
4.500,000
4,000,000
3,500.000
3,000,000

Les points de ces tracés marquent la moyenne des globules rouges trouvés chez autant de malades différents.

PARALYSIE GÉNÉRALE PROGRESSIVE.



Les points de ces tracés marquent la moyenne des globules blancs trouvés chez autant de malades différents.

PARALYSIE GÉNÉRALE.

DOSAGE DE L'HÉMOGLOBINE CHEZ 13 PARALYTIQUES.

RICHESSE EN HÉMOGLOBINE D'UN MILLIMÈTRE CUBE DE SANG.

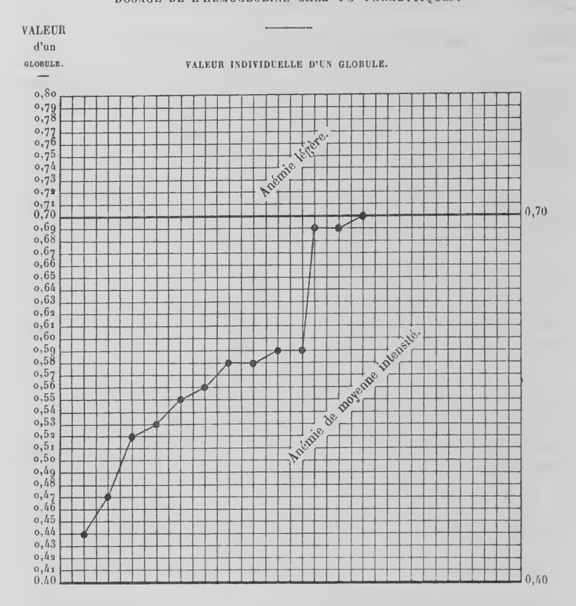
NOMBRE DE GLOBULES ROUGES par millimètre cube de sang.	NOMBRE DE GLOBULES SAINS exprimant la richesse en hémoglobine du sang des différents malades.
3,750,000	2,054,300
3,750,000	2,162,200
4,050,000	
4,875,000	
4,250,000	2,378,400
4,050,000	
5,250,000	2,486,500
4,200,000	
4,375,000	2,594,700
4,500,000	
4,950,000	
4,000,000	2,810,900
4,400,000	3,027,100

Les nombres placés à gauche de la page donnent la quantité de globules rouges que nous avons trouvés chez nos malades; les nombres placés à droite indiquent, en globules sains, la richesse en hémoglobine du sang des mêmes malades.

Nous avons réuni par une accolade les nombres, quelquefois très différents, de globules rouges renfermant la même quantité d'hémoglobine.

PARALYSIE GÉNÉRALE.

DOSAGE DE L'HÉMOGLOBINE CHEZ 13 PARALYTIQUES.



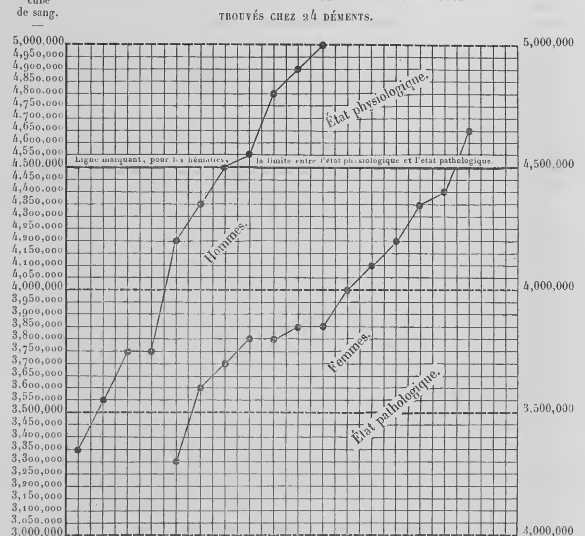
Les points de ces tracés marquent la valeur individuelle d'un globule rouge chez autant de malades différents.

DÉMENCE.

GLOBULES ROUGES.

NOMBRE D'HÉMATIES par millimètre cube de sang.

TRACÉS DONNÉS PAR LES NOMBRES MOYENS DE GLOBULES ROUGES TROUVÉS CHEZ 24 DÉMENTS.

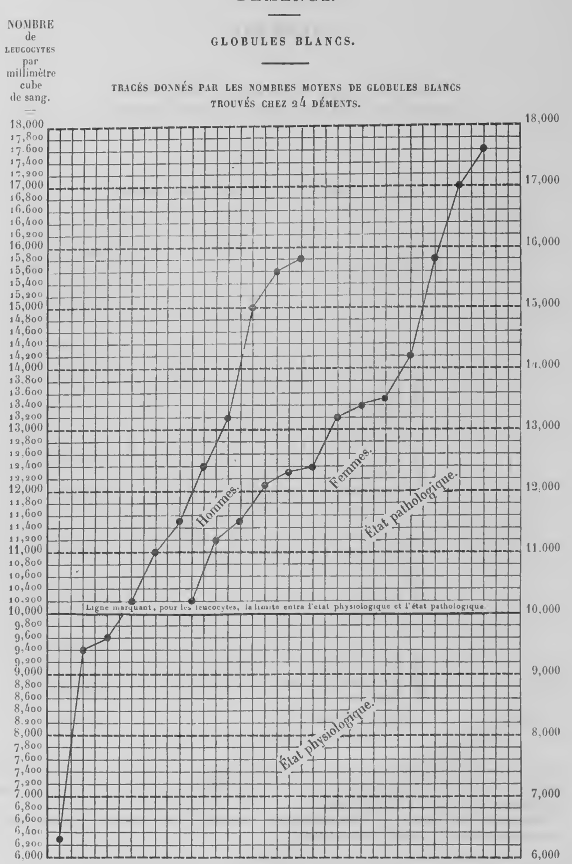


Les points de ces tracés marquent la moyenne des globules rouges trouvés chez autant de malades différents.

DÉMENCE.

GLOBULES BLANCS.

TRACÉS DONNÉS PAR LES NOMBRES MOYENS DE GLOBULES BLANCS TROUVÉS CHEZ 24 DÉMENTS.



Les points de ces tracés marquent la moyenne des globules blancs trouvés chez autant de malades différents.

DÉMENCE.

DOSAGE DE L'HÉMOGLOBINE CHEZ 24 DÉMENTS.

RICHESSE EN HÉMOGLOBINE D'UN MILLIMÈTRE CUBE DE SANG.

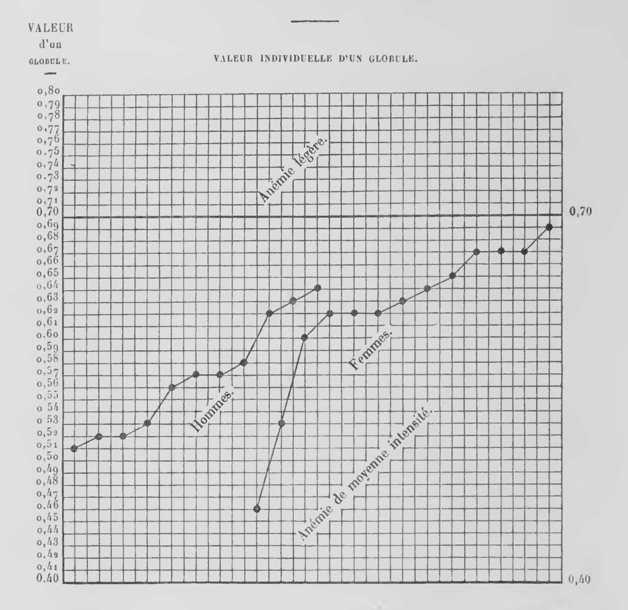
	NOMBRE DE GLOBULES ROUGES par millimètre cube de sang.	NOMBRE DE GLOBULES SAINS exprimant la richesse en hémoglobine du sang des différents malades.
Hommes	3,350,000	1,946,000
	3,750,000	2,162,200
	3,550,000	2,270,300
	4,500,000	
	3,750,000	2,378,400
	4,200,000	
	4,800,000	
	4,360,000	2,486,500
	4,900,000	
	5,000,000	2,594,700
	4,550,000	2,810,900
Femmes	4,100,000	
	3,300,000	2,162,200
	4,650,000	
	3,800,000	2,270,300
	3,850,000	2,378,400
	3,800,000	
	3,700,000	
	4,000,000	2,486,500
	3,600,000	
	4,200,000	2,594,700
	3,850,000	
	4,400,000	2,810,900
	4,350,000	

Les nombres placés à gauche de la page donnent la quantité de globules rouges que nous avons trouvés chez nos malades; les nombres placés à droite indiquent, en globules sains, la richesse en hémoglobine du sang des mêmes malades.

Nous avons réuni par une accolade les nombres, quelquefois très différents, de globules rouges renfermant la même quantité d'hémoglobine.

DÉMENCE.

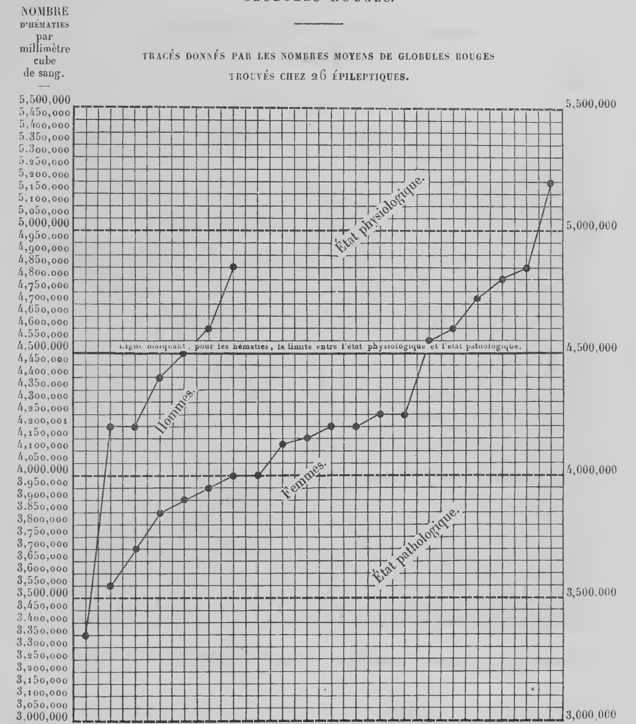
DOSAGE DE L'HÉMOGLOBINE CHEZ 24 DÉMENTS.



Les points de ces tracés marquent la valeur individuelle d'un globule rouge chez autant de malades différents.

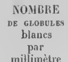
ÉPILEPSIE.

GLOBULES ROUGES.



Les différents points de ces tracés marquent la moyenne des globules rouges chez autant de malades différents.

ÉPILEPSIE.



GLOBULES BLANCS.

TRACÉS DONNÉS PAR LES NOMBRES MOYENS DE GLOBULES BLANCS
TROUVÉS CHEZ 26 ÉPILEPTIQUES.

20,600
20,400
20.200
20,000
19,800
19.600
19,400
19,200
19,000
18,800
18.600
18,400
18,200
18,000
17.800
17,600
17,400
17,200
17,000
16,800
16,600
16.400
16.200
16,000
15.800
15,600
15,400
15,200
15,000
14,800
14,600
14,400
14.200
14.000
13.800
13,600
13,400
13,200
13.000
12.800
12,600
12,400
12.200
12,000
11.800
11,600
11,400
11.200
11,000
10,800
10.600
10,400
10,200
10,000
9.800
9.600
9,400
9,200
9,000

20,000
19,000
18,000
17,000
16,000
15,000
14,000
13,000
12,000
11,100
10,000
9,000

Hommes.
Femmes.
État pathologique.
Ligne marquant, pour les leucocytes, la limite entre l'état physiologique et l'état pathologique.
État physiologique.

Les points de ces tracés marquent la moyenne des globules blancs trouvés chez autant de malades différents.

ÉPILEPSIE.

DOSAGE DE L'HÉMOGLOBINE CHEZ 25 ÉPILEPTIQUES.

RICHESSE EN HÉMOGLOBINE D'UN MILLIMÈTRE CUBE DE SANG.

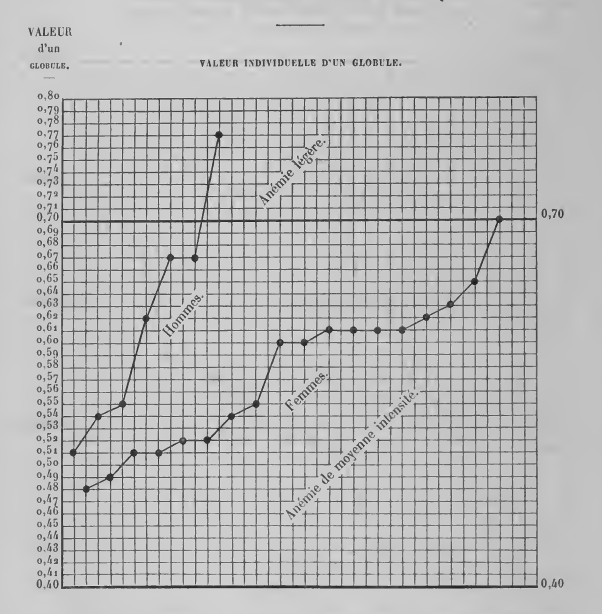
<table>
<tr><th></th><th>NOMBRE
DE GLOBULES ROUGES
par millimètre cube
de sang.</th><th>NOMBRE
DE GLOBULES SAINS
exprimant la richesse
en hémoglobine
du sang
des différents malades.</th></tr>
<tr><td rowspan="7">Hommes....</td><td>4,400,000</td><td rowspan="2">2,270,300</td></tr>
<tr><td>4,200,000</td></tr>
<tr><td>4,500,000</td><td>2,486,500</td></tr>
<tr><td>3,350,000</td><td>2,594,700</td></tr>
<tr><td>4,200,000</td><td>2,810,900</td></tr>
<tr><td>4,850,000</td><td>3,027,100</td></tr>
<tr><td>4,600,000</td><td>3,108,200</td></tr>
<tr><td rowspan="18">Femmes....</td><td>4,125,000</td><td rowspan="4">2,162,200</td></tr>
<tr><td>3,900,000</td></tr>
<tr><td>4,200,000</td></tr>
<tr><td>4,200,000</td></tr>
<tr><td>3,700,000</td><td>2,270,300</td></tr>
<tr><td>4,725,000</td><td>2,297,300</td></tr>
<tr><td>3,950,000</td><td rowspan="2">2,378,400</td></tr>
<tr><td>4,000,000</td></tr>
<tr><td>5,200,000</td><td rowspan="5">2,486,500</td></tr>
<tr><td>4,850,000</td></tr>
<tr><td>3,850,000</td></tr>
<tr><td>4,000,000</td></tr>
<tr><td>3,550,000</td></tr>
<tr><td>4,250,000</td><td rowspan="4">2,594,700</td></tr>
<tr><td>4,250,000</td></tr>
<tr><td>4,800,000</td></tr>
<tr><td>4,150,000</td></tr>
<tr><td>4,600,000</td><td>2,486,500</td></tr>
</table>

Les nombres placés à gauche de la page donnent la quantité de globules rouges que nous avons trouvés chez nos malades; les nombres placés à droite indiquent, en globules sains, la richesse en hémoglobine du sang des mêmes malades.

Nous avons réuni par une accolade les nombres, quelquefois très différents, de globules rouges renfermant la même quantité d'hémoglobine.

ÉPILEPSIE.

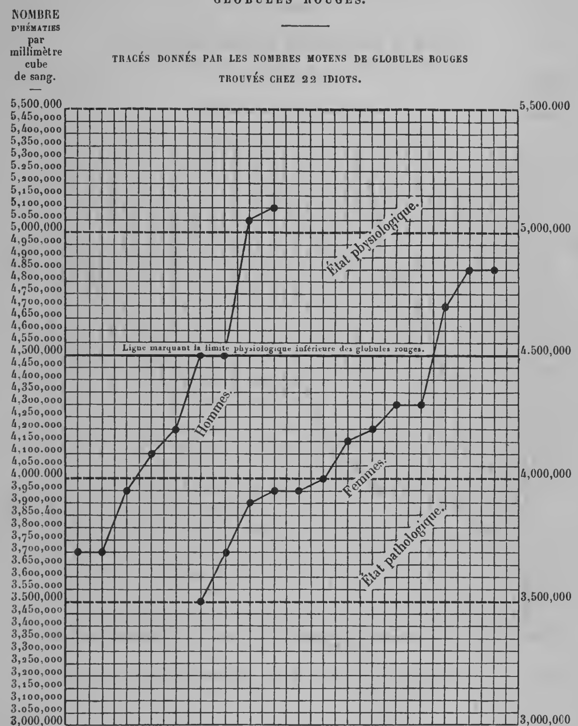
DOSAGE DE L'HÉMOGLOBINE CHEZ 25 ÉPILEPTIQUES.



Les points de ces tracés marquent la valeur individuelle d'un globule rouge chez autant de malades différents.

IDIOTIE.

GLOBULES ROUGES.

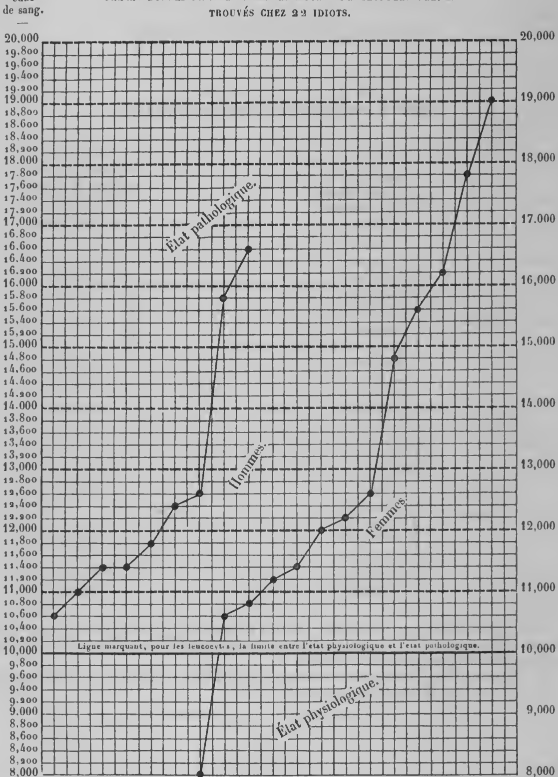


Les points de ces tracés marquent la moyenne des globules rouges trouvés chez autant de malades différents.

IDIOTIE.

GLOBULES BLANCS.

TRACÉS DONNÉS PAR LES NOMBRES MOYENS DE GLOBULES BLANCS TROUVÉS CHEZ 22 IDIOTS.



Les points de ces tracés marquent la moyenne des globules blancs trouvés chez autant de malades différents.

IDIOTIE.

DOSAGE DE L'HÉMOGLOBINE CHEZ 20 IDIOTS.

RICHESSE EN HÉMOGLOBINE D'UN MILLIMÈTRE CUBE DE SANG.

<table>
<tr><th></th><th>NOMBRE DE GLOBULES ROUGES par millimètre cube de sang.</th><th>NOMBRE DE GLOBULES SAINS exprimant la richesse en hémoglobine du sang des différents malades.</th></tr>
<tr><td rowspan="8">Hommes</td><td>4,100,000</td><td>2,162,200</td></tr>
<tr><td>3,700,000</td><td>2,270,300</td></tr>
<tr><td>4,200,000</td><td rowspan="4">2,378,400</td></tr>
<tr><td>4,500,000</td></tr>
<tr><td>4,500,000</td></tr>
<tr><td>3,700,000</td></tr>
<tr><td>5,050,000</td><td>2,810,900</td></tr>
<tr><td>5,100,000</td><td>3,027,100</td></tr>
<tr><td rowspan="12">Femmes</td><td>4,200,000</td><td>1,946,000</td></tr>
<tr><td>4,000,000</td><td rowspan="3">2,162,200</td></tr>
<tr><td>3,950,000</td></tr>
<tr><td>3,900,000</td></tr>
<tr><td>4,150,000</td><td rowspan="3">2,270,300</td></tr>
<tr><td>3,700,000</td></tr>
<tr><td>4,300,000</td></tr>
<tr><td>4,300,000</td><td rowspan="3">2,378,400</td></tr>
<tr><td>4,850,000</td></tr>
<tr><td>3,500,000</td></tr>
<tr><td>4,850,000</td><td>2,594,700</td></tr>
<tr><td>4,700,000</td><td>2,919,000</td></tr>
</table>

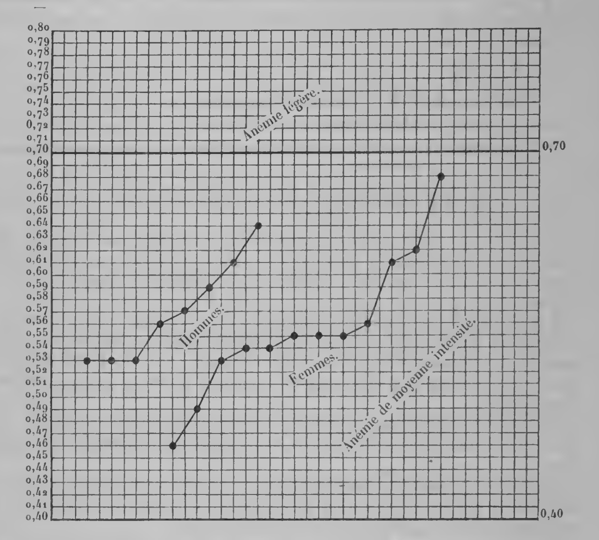
Les nombres placés à gauche de la page donnent la quantité de globules rouges que nous avons trouvés chez nos malades; les nombres placés à droite indiquent, en globules sains, la richesse en hémoglobine du sang des mêmes malades.

Nous avons réuni par une accolade les nombres, quelquefois très différents, de globules rouges renfermant la même quantité d'hémoglobine.

IDIOTIE.

DOSAGE DE L'HÉMOGLOBINE CHEZ 20 IDIOTS.

VALEUR INDIVIDUELLE D'UN GLOBULE.



Les points de ces tracés marquent la valeur individuelle d'un globule rouge chez autant de malades différents.

CONCLUSIONS GÉNÉRALES.

Nous avons donné, à propos de chaque maladie mentale, les conclusions qui découlent de nos recherches; or, ces conclusions sont toutes dans le même sens; il n'y a de différence (et encore celle-ci est-elle assez légère) que dans l'intensité des altérations du sang; il nous est donc permis de formuler les propositions générales suivantes qui s'appuient, pour le nombre des globules, sur près de 400 numérations opérées sur 151 malades; et, pour les altérations qualitatives du sang, sur près de 200 dosages d'hémoglobine pratiqués chez 139 malades.

Chez les *aliénés :*

1° Le nombre des globules rouges est diminué;

2° Le nombre des globules blancs est augmenté;

3° Une anémie de moyenne intensité existe dans la presque généralité des cas.

Les conséquences thérapeutiques qui découlent de ces faits sont les suivantes :

Danger et, par suite, proscription absolue des saignées *générales* dans la folie; nous avons souligné le mot *générales*, car nous ne cessons pas d'être partisan des saignées locales qui remplissent, dans certains cas, une indication pressante.

Proscription des suppurations provoquées (sétons, cautères, etc.); le résultat, en effet, le plus clair et le plus immédiat de toute suppuration [1] est de provoquer une leucocytose plus ou moins abondante; or, le nombre des globules blancs est déjà trop élevé chez les aliénés, il paraît au moins inutile de l'augmenter.

Ne jamais perdre de vue qu'un aliéné est en même temps un anémique, et que, dans le traitement de l'aliénation, les toniques doivent prendre une large place.

Nous ne nous étendrons pas davantage sur ce dernier sujet, nous réservant du reste de traiter cette question plus amplement lorsque nous aurons terminé nos recherches hématologiques chez les aliénés.

Nous terminerons ce Mémoire par les considérations suivantes que nous empruntons à Marcé :

Quel que soit le point de départ de l'anémie, son existence bien constatée devient pour le médecin la source des indications thérapeutiques les plus précieuses; dans un nombre de faits considérable, la stupeur ou l'excitation diminue, et le délire perd de son

[1] Académie de médecine, séance du 12 janvier 1876 : Discussion sur la leucocytose, Gubler, Chauffard, etc. Patrigeon, th. 1877.

intensité à mesure que le malade reprend des forces, que le sang retrouve sa composition normale et que toutes les fonctions organiques s'exécutent avec plus de régularité. En un mot, nous retrouvons dans la pratique de l'aliénation mentale une nouvelle confirmation de cette vérité qui ressort de l'étude des affections nerveuses : *Sanguis moderator nervorum.* (Applaudissements.)

M. le Président. La parole est à M. Girard de Cailleux, pour la lecture d'un Mémoire.

CONSIDÉRATIONS SUR LA FOLIE ET SUR L'UNE DE SES TERMINAISONS,

LA DÉMENCE PARALYTIQUE OU PÉRIENCÉPHALITE INTERSTITIELLE DIFFUSE.

M. le Dr Girard de Cailleux, *ancien inspecteur général du service des aliénés de la Seine, en mission à Marsens (Suisse).* Messieurs, l'aliénation mentale est une affection cérébrale, expression la plus fréquente d'un état morbide général de l'organisme et qui éclate ordinairement sous l'influence d'une cause occasionnelle. L'étude approfondie des causes de cette affection, si souvent liée à des influences morbides remontant à une époque antérieure à son début et qui se sont fait sentir lentement dans les générations qui ont précédé et préparé son invasion; l'étude des symptômes qui accompagnent la folie; la lenteur avec laquelle procède la nature pour obtenir une terminaison heureuse, lenteur que constate tout observateur consciencieux et expérimenté; enfin, l'étude des altérations qu'elle entraîne vient à l'appui de cette opinion.

Les causes prédisposantes de cette affection, signalées dans le rapport de l'inspection des aliénés du canton de Fribourg, les altérations organiques qui l'accompagnent et qui ont été exposées dans nos études pratiques sur les maladies nerveuses et mentales, enfin une expérience de près de trente-huit ans, acquise dans des services d'aliénés, ne nous permettent point de doute sur ce point.

Quelle est la nature de l'affection cérébrale qui constitue la folie?

S'il nous est permis de faire connaître notre opinion sur un sujet encore si obscur, nous dirons que les états les plus divers peuvent amener les troubles pathologiques qui la constituent.

Elle emprunte alors à ces états les dénominations qui les caractérisent; et ce n'est pas une petite science que celle qui apprend à saisir ces états et à en tirer les indications propres à les combattre.

Ne pouvant entrer dans des considérations trop étendues sur ce sujet, nous nous bornerons à étudier un point de pathologie qui se rapporte à la terminaison de la folie, et sur lequel les médecins sont encore loin d'être d'accord, nous voulons parler de la démence paralytique.

Est-il vrai, comme le disent la plupart des auteurs classiques : Pinel, Esquirol, Georget, Calmeil, Parchappe, etc. etc., que la paralysie générale soit une complication de la folie? Serait-il vrai, au contraire, que la folie et ses différentes formes ne seraient qu'une complication de la paralysie générale ou périencéphalite interstitielle diffuse, qui constituerait une espèce d'entité

morbide nettement caractérisée et localisée? ou bien, comme l'affirment Bayle et plusieurs médecins modernes, la paralysie générale constitue-t-elle un genre de folie à part, spécial, une forme d'aliénation ayant un mode d'invasion, des symptômes, une marche et une terminaison qui lui appartiennent en propre? ou bien, la folie simple peut-elle, sous l'influence d'un élément qui s'y surajoute, se terminer par la paralysie générale?

Pour circonscrire le débat dans les limites du temps accordé pour traiter un sujet qui exigerait un livre, bornons-nous à savoir si la folie *simple* peut se terminer par le groupe de symptômes et d'altérations anatomiques qu'on est convenu d'appeler paralysie générale ou périencéphalite interstitielle diffuse.

Il est nécessaire pour cela d'exposer quelques détails sur la question qui nous occupe.

Disons d'abord que la folie qui se termine d'une manière funeste, en dehors de toute maladie accidentelle, finit par la démence.

«La lypémanie, dit Esquirol (t. II, p. 236), *et surtout la monomanie*, la manie, soit aiguë, soit chronique, dégénèrent très souvent en démence; et la démence paralytique, ajoute-t-il, page 275, peut *compliquer toutes les folies...* mais plus souvent la manie ambitieuse. La paralysie complique presque toujours la démence, dit Esquirol.»

«La terminaison *naturelle* de la folie, dit Georget dans son livre *De la folie*, page 76, lorsqu'elle ne guérit point, et que l'aliéné ne meurt pas trop tôt, par une maladie accidentelle, est un affaiblissement, une atonie du cerveau, qui se manifeste par une abolition plus ou moins complète de l'intelligence; un état de *paralysie*, d'abord *partiel*, puis *général.*» Cet auteur ajoute, page 457, que l'altération cérébrale, qui se lie à l'aliénation incurable, peut donner naissance à trois modes d'affection qu'il désigne par les noms d'*atonie générale*, de *paralysie aiguë et chronique*, et *d'irritation chronique* du cerveau. Notons ici que ces trois modes d'affections aboutissent à la démence. Ces trois terminaisons de la folie incurable constituent donc, selon cet auteur, non seulement de véritables maladies, mais encore modifient la nature de celles des autres organes, leur impriment un caractère particulier.

M. le Dr Falret professe que les diverses formes de l'aliénation mentale aboutissent à la démence, qui en est la période ultime.

M. Ferrus, dans ses leçons sur la folie, à Bicêtre, émet le même avis.

Qu'est-ce donc que la démence? En quoi consiste-elle?

La démence est un affaiblissement des facultés de l'intelligence, de la sensibilité physique et morale, de la volonté et de la motilité.

L'homme en démence perd la faculté de penser, de juger, de se souvenir, de se former des idées, de les enchaîner, de les coordonner, de comparer, de raisonner, d'éprouver des sentiments durables, d'exprimer une volonté soutenue. Il est incapable de fixer son attention d'une manière sérieuse.

Tout annonce, chez le dément, l'absence de spontanéité, le défaut d'*énergie morale et physique*, l'incohérence, la contradiction, l'indifférence sur le passé, le présent et l'avenir.

La démence est-elle la terminaison d'une forme spéciale de délire? Se lie-t-elle à un état morbide qui lui soit propre?

Rappelons que toutes les formes de la folie peuvent finir par la démence, qui, comme l'affirme Georget, en est la terminaison naturelle, lorsqu'elle ne guérit point et que l'aliéné ne meurt pas trop tôt, par une maladie accidentelle.

Mais la démence, c'est-à-dire les symptômes susmentionnés qui la caractérisent, n'est pas seulement la terminaison naturelle de la folie; elle peut être l'expression d'états morbides très différents qui affectent le cerveau, tels que ceux qui se lient à l'épilepsie, au ramollissement, aux tumeurs cérébrales de toutes natures, et particulièrement aux épanchements sanguins, séreux, aux compressions et aux congestions de cet organe. Ainsi l'on cite des cas de démence guéris par l'enlèvement, au moyen du trépan, d'une portion osseuse de la boîte du crâne, comprimant le cerveau.

En éliminant de cette nomenclature de causes de démence toutes celles qui sont étrangères aux congestions sanguines, ne pourrait-on pas se demander si, contrairement à la doctrine trop exclusive qui semble prédominer aujourd'hui, et si, conformément à celle également trop exclusive qui régnait naguère en pathogénie mentale, la folie simple ne pourrait pas s'accompagner d'un élément congestif qui en aggraverait le pronostic, et qui, surajouté, pourrait donner lieu à des symptômes propres au début d'une démence paralytique? et si cet élément morbide, combattu à temps, ne serait pas susceptible de se dissiper, avant la période de désorganisation de la substance cérébrale, ou de se développer malgré tous les obstacles, aboutissant ainsi à l'issue funeste de la paralysie générale progressive?

On ne saurait nier, dans l'état actuel de la science, après avoir lu les beaux travaux de Pinel, d'Esquirol, de Calmeil, de Bayle et de M. Baillarger, à qui revient l'honneur d'avoir élucidé, avec l'autorité que donne une longue expérience éclairée par un remarquable esprit d'observation, que, s'il est des cas où la paralysie débute avec l'affaiblissement des facultés et même sous les formes variées que revêt l'aliénation mentale, il en est d'autres où la folie simple se transforme en démence paralytique sous l'influence d'un élément congestif. Il en est de même de la démence simple, période ultime d'une simple folie, comme nous l'avons vu.

Esquirol nous avait déjà fourni sur ce point d'intéressantes observations, résumées de la manière suivante (t. II, p. 261) : «Lorsque la démence termine la monomanie ou la manie, dit ce grand maître, il se manifeste, pendant la durée de ces dernières affections et *même dès leur début, quelques symptômes qui font pressentir cette funeste terminaison.*» Plus loin (t. II, p. 264), Esquirol devient plus explicite, quand il dit, en parlant de la démence, qu'elle éclate tantôt *avec les premiers symptômes du délire pendant la période d'acuité si remarquable au début de presque toutes les folies*, que tantôt elle précède le délire, et tantôt vient en quelque sorte se joindre à lui.»

Mais, parmi les passages cités ci-dessus, insistons sur celui où cet éminent observateur affirme «que la paralysie générale complique presque toujours la démence», et rappelons qu'à la page 264, tome II, Esquirol avait déjà fait la

remarque que l'invasion de la paralysie générale avait lieu quelquefois sans phénomènes graves et qu'elle était quelquefois la suite de congestions cérébrales.

Après avoir considéré la démence comme la terminaison naturelle de toutes les folies qui deviennent incurables (p. 119), Georget (p. 130) ne reconnait-il pas que la *paralysie se montre quelquefois dès le début de la folie?* « Cela arrive, dit-il, chez les femmes de quarante à quarante-cinq ans. » Ne fait-il pas observer que « c'est un symptôme fâcheux qui en annonce l'incurabilité et que, le plus ordinairement, c'est dans la démence, lorsque la maladie fait des progrès en mal, que les *muscles se paralysent?* La moitié des aliénés en démence, dit cet auteur, sont *paralytiques.* »

« La démence paralytique, ajoute Georget (p. 159), peut être la suite de congestions cérébrales apoplectiques. Elles peuvent se présenter dès le début du délire, annoncer une rechute, etc. »

Après avoir dit (p. 120) que « la désorganisation du cerveau qui produit la démence occasionne en même temps, dans plus de la moitié des cas, une autre maladie nerveuse, la paralysie musculaire partiellement, ou généralement », Georget ajoute (p. 212), à l'appui de sa thèse, « que la plupart des déments sont paralytiques ».

« Les symptômes de la maladie musculaire, dit-il (p. 332), peuvent tenir à un état de congestion, à un ramollissement, à un épanchement séreux, etc.; » et il ajoute (p. 340) que l'irritation cérébrale désignée par un de ses principaux phénomènes, *la congestion cérébrale active*, est *très fréquente dans la folie;* c'est la continuation de la période d'excitation, du moins du côté du cerveau. L'existence de cette période, après plusieurs mois, à dater du commencement de la maladie, mérite donc de fixer l'attention, pour être combattue par des moyens spéciaux. Elle est caractérisée par l'injection des capillaires de la face, des yeux, et même de la peau du crâne; par le gonflement des veines du cou; les jugulaires sont quelquefois plus grosses que les doigts; par des battements très forts des carotides; les pulsations de ces artères ne sont plus en rapport avec celles du pouls: elles sont relativement bien plus fortes. Ce phénomène peut être le seul qui se manifeste; les malades restent alors pâles et décolorés; beaucoup ressentent une grande chaleur vers la tête. Avec tout cela, ils mangent et courent parfaitement bien; seulement, ils ne dorment pas.

La congestion cérébrale n'est particulière à aucun genre de folie; elle se manifeste tout aussi bien chez le monomaniaque que chez le maniaque, chez le stupide que chez le lypémaniaque. Cet état peut durer très longtemps, des mois et des années, et jusqu'au passage à l'état de démence.

« Ce mouvement congestif, dit encore Georget, doit entretenir et peut augmenter le principe du mal. »

Il parle (p. 407) « de la paralysie chronique, suite de la folie », dont il est difficile de constater les modifications organiques au début de l'affection.

On voit par ces simples citations qu'Esquirol, Georget, considéraient la démence comme une terminaison de toutes les formes de la folie; que la paralysie générale en était souvent la période ultime; que la *congestion cérébrale*

pouvait elle-même produire d'emblée la démence et la paralysie générale; et que cette dernière forme enfin pouvait apparaître *tantôt avec le délire, tantôt à la suite de la folie.* Georget allait même plus loin, en disant «que la *congestion cérébrale* se manifestait dans *toutes les formes de la folie*, pouvait durer des mois, des années et jusqu'au passage à l'état de démence, devant entretenir et pouvant *augmenter le principe du mal*».

Ici l'on se demande si cette congestion peut durer très longtemps sans produire la démence paralytique, si même elle n'en est point la cause essentielle.

Il est aujourd'hui reconnu que non seulement on a vu guérir des délires congestifs, mais encore des paralysies générales bien avérées dues à la congestion cérébrale, dont M. Durand Fardel fait un élément causal du ramollissement.

Quels sont donc les caractères symptômatiques de la paralysie générale? Ils sont essentiels et accessoires.

«Les premiers, comme le dit M. Baillarger, sont : 1° la démence; 2° la paralysie musculaire.

«Les seconds, c'est-à-dire les accessoires, sont, pour les lésions des facultés mentales: le délire des grandeurs et le délire hypocondriaque; et pour celles de la motilité: la stimulation musculaire, un besoin d'activité exagérée, l'agitation spasmodique, l'hésitation de la parole, le tremblement des lèvres, de la langue et des membres, l'inégalité et la contraction extrême des pupilles, la diminution de la sensibilité des organes des sens et particulièrement l'anesthésie cutanée, et plusieurs phénomènes moins importants qui sont, dans l'ordre intellectuel et moral, les modifications du caractère, le délire érotique, la propension au vol, la stupeur; et dans l'ordre de la motilité, la raideur des membres, les grincements de dents, le mouvement de dégustation, le strabisme, la saillie des yeux, la déviation des sourcils, du sillon nasal et de la luette.»

Mais tous ces signes accessoires n'impliquent pas l'existence de la paralysie générale et peuvent accompagner la simple folie; il ne faudrait donc pas arguer de leur constatation que le malade, qui devient paralytique et qui n'offrait pas les symptômes essentiels de cet état, était paralytique dès leur début, dès lors que la folie simple peut les présenter sans jamais passer à la paralysie générale. Nous verrons plus loin ce que dit l'observation à cet égard.

Mais poursuivons.

La folie, qui, à son début, n'a présenté aucun des caractères essentiels de la paralysie générale, peut-elle se terminer par cette terrible affection?

L'observation la plus consciencieuse et la mieux soutenue répond affirmativement. Elle établit la vérité de cette assertion confirmée par le savant professeur Jaccoud, qui, en dehors de toute théorie préconçue, ne craint pas, à l'appui de cette thèse, d'écrire dans son traité de *Pathologie interne* (tome Ier, Paris, 1877) que la paralysie générale ou périencéphalite peut être *primitive* ou *secondaire*, et que cette dernière survient, comme le dit Georget, dans la période atonique des psychoses.

Nous savons que les partisans exclusifs de l'entité morbide de la paralysie générale ne manquent pas d'opposer à leurs adversaires, que les symptômes

des paralysies générales qui semblent terminer une folie simple ont été méconnus au début de cette affection. Pour eux, dans ce cas, la folie prétendue simple ne saurait être considérée que comme un symptôme de la paralysie. Cependant il est impossible d'admettre que, quand une folie n'offre aucun des caractères pathognomoniques ou essentiels de la paralysie générale, signalés plus haut, on puisse forcément la faire rentrer dans le cadre de leur théorie, en dénaturant les faits, quand ils leur donnent tort. Qu'ils nous disent alors, répétons-le, comment on distingue, au début, la folie simple, de la démence paralytique, puisque la nature de la première, méconnue selon eux lorsqu'elle se termine par la paralysie, était fatalement paralytique sans qu'ils aient pu la diagnostiquer au début?

«*Experientia fallax, judicium difficile*,» dit Hippocrate; prenons donc garde de faire plier inconsidérément les faits sous le joug de nos théories quand l'observation la plus rigoureuse se refuse à les y placer. Pourquoi, du reste, en retournant l'argumentation contre nos contradicteurs, ne dirions-nous pas que ce sont eux qui observent mal, quand ils se refusent à reconnaître ce que les grands observateurs, nos prédécesseurs, et ceux qui marchent à leur suite ont déjà constaté et constatent encore aujourd'hui.

«*Facta potentiora verbis*,» tel a été l'épigraphe de notre thèse soutenue à Paris, en 1836. Tout en reconnaissant que les faits sont stériles sans la comparaison et le raisonnement qui les fécondent, il n'en est pas moins vrai qu'ils sont le point de départ, le fondement, la base de toute saine doctrine. Laissons donc parler l'observation et voyons si réellement, avec les données actuelles de la science, la folie simple ne peut pas se terminer par la paralysie générale, et si, comme le dit notre savant confrère le Dr Baillarger, la congestion cérébrale surajoutée à cette affection ne vient pas lui donner le caractère paralytique qui en modifie la nature et influe sur sa terminaison.

Observation I.

Sommaire. — Folie simple au début, cinquante-trois ans, excitation maniaque avec prédominance d'idées de persécutions, hallucinations et illusions de l'ouïe et de la vue, illusions du goût et de l'odorat avec interprétations délirantes pénibles, anesthésie cutanée, absence des signes essentiels de la paralysie générale au début, agitation, loquacité, pas d'hésitation de la parole; puis apparition de ces signes sous l'élément congestif. Influence héréditaire. Durée de la maladie, six ans.

R... sexe féminin, mariée, âgée de cinquante ans; d'un tempérament lymphatico-nerveux; la glande thyroïde est anormalement développée; catholique; ancienne tresseuse de paille.

A été réglée à dix-neuf ans; elle était pâle et faible; les règles sont venues sans accidents.

Le père et la mère ont eu sept enfants; ils sont tous vivants et biens portants, sauf une sœur qui, elle aussi, a été atteinte d'aliénation mentale.

Le père était calme; mais la mère était irritable, emportée.

Les grands parents, du côté paternel et maternel, ont eu des membres de leur famille atteints d'aliénation mentale.

R... sait lire et écrire.

Le début de la maladie date de l'âge de quarante-sept ans.

A la suite d'une gêne très grande dans sa famille et d'un excès de travail, de veilles et de fatigues pour effectuer un payement, R... a été prise de céphalalgie, d'insomnie, d'agitation.

Elle a quitté sa maison, pour errer dans la commune et même dans le canton, sous l'influence dominatrice de l'idée qu'on voulait l'empoisonner, la faire mourir, afin d'hériter de ses biens; elle possède 3,000 francs. Il existait des hallucinations et des illusions de l'ouïe et de la vue, des illusions du goût et de l'odorat, avec interprétations pénibles dans le sens de son délire.

R... a pris en aversion les personnes qu'elle aimait, est devenue irritable, violente et d'un caractère acariâtre.

Cet état, qui s'était amendé avant la mort de son mari, il y a un an et demi, a empiré au moment du décès de ce dernier

Lors de notre inspection, en juillet 1875, les hallucinations avaient pris une forme spéciale; R... entendait, disait-elle, son mari qui, la nuit, frappait sur son chevet; elle l'apercevait dans sa chambre. Il venait la chercher pour faire un voyage aux Ermites, etc. etc.

Illusions du goût et de l'odorat; elle trouvait ses aliments sales, graisseux, ayant une mauvaise odeur, et se livrait à des interprétations délirantes de persécutions; loquacité incoercible, agitation.

La malade était irritable, emportée; cassait, brisait ce qui tombait sous sa main et se livrait à des actes de violence, sous l'influence de la plus légère contrariété ou de ses idées délirantes.

L'appétit était capricieux, bizarre; elle n'aimait que les amers, le pouls était régulier; les extrémités froides; métrorrhagies, irrégularités menstruelles.

La maladie avait présenté des intervalles de calme et de lucidité suivis de paroxysmes, de rémissions et d'exacerbations; elle se trouvait dans ce moment dans ce dernier état.

L'aliénation durait alors depuis trois ans.

Les causes prédisposantes étaient : l'âge critique et l'hérédité.

Les causes déterminantes : le chagrin, les fatigues et les veilles, avec avarice.

Diagnostic : excitation maniaque avec prédominance d'idées délirantes de persécutions et violences.

La malade a été traitée à l'hôpital de Fribourg pendant trois mois.

Elle avait été liée et, plus tard, séquestrée dans une chambre qu'elle habitait encore dans la maison au moment de notre inspection.

Entrée à Marsens le 22 novembre 1875, le certificat du Dr Clerc fils signale ci-après l'état de la malade :

« Je soussigné, docteur en médecine, déclare que la veuve R..., née à R..., âgée de cinquante ans, est atteinte d'aliénation mentale sous forme d'excitation maniaque avec prédominance d'idées délirantes de persécutions et violences.

« Dr Clerc fils. »

Le procès-verbal dressé par le médecin de l'établissement, constate que « R... est atteinte de délire mélancolique avec prédominance d'idées délirantes de persécutions, hallucinations de l'ouïe et de la vue, illusions du goût et de l'odorat, anesthésie, interprétations délirantes pénibles; on veut l'empoisonner, la faire périr pour s'emparer de ses biens; aversion pour sa famille et ses amis sans motifs raisonnables; agitation, bizarreries, violences, insomnie.

« Les causes paraissent être l'hérédité et l'âge critique, avec chagrins et excès de travail.

« Marsens, le 24 novembre 1875. »

En décembre 1875, R... est plus calme, quoique hallucinée; elle travaille avec assiduité; monologue; elle ne présente aucun des symptômes essentiels de la paralysie générale, concernant les facultés intellectuelles et la motilité.

En janvier 1876, apparaissent quelques accès d'agitation, avec idées délirantes de richesses et de grandeurs.

En février et en mars, le calme renaît ainsi que les habitudes laborieuses.

En avril, réapparaissent l'agitation avec les idées de richesses, ainsi que les monologues; on ne remarque aucune hésitation de la parole, ni rien de particulier dans l'état des pupilles.

En mai, le calme revient.

En juin, monologue.

En juillet, se manifestent de nouveaux accès d'agitation avec préoccupations et interprétations délirantes de persécutions.

En août, la malade parle de sa richesse, prétend que le curé de sa paroisse pourvoit aux besoins de l'asile avec son argent à elle.

En septembre, la malade raconte comme véridiques des choses et des faits imaginaires et absurdes.

En octobre, R... redevient calme, raisonnable, met beaucoup de suite dans ses actes.

En novembre, même état.

En décembre, inappétence, loquacité, soif, insomnie, imminence d'un nouvel accès.

En janvier 1877, tout semble faire pressentir une rechute : digestions laborieuses, trouble des sens, réveil des idées délirantes de persécutions avec interprétations de même nature, inquiétudes avec insomnie, céphalalgie, *suppression menstruelle.* On constate une légère hésitation de la parole, un tremblement fibrillaire de la langue, des lèvres et des mains, un abaissement de la paupière supérieure gauche, de l'inégalité pupillaire, la pupille gauche est plus dilatée que la droite, de l'incohérence dans les idées.

En février, susceptibilité extrême, la moindre contrariété l'irrite, la met hors d'elle-même; propos et actes absurdes; refus d'aller aux offices, alléguant qu'elle possède les pouvoirs sacerdotaux, et en particulier celui de dire la messe; les règles n'ont point paru.

En mars, délire incessant; R... veut par ses largesses soulager toutes les souffrances, enrichir tout ce qui est pauvre, croit être ici pour commander et non pour obéir; les règles n'ont point paru.

En avril, mai, juin, juillet, même état.

En août, accès de fureur, sans motif apparent; persistance des idées de richesses et de grandeurs.

En septembre, caprices, bizarreries, irritabilité, violences, pas de règles

Cet état, à quelques modifications près, se maintient jusqu'en février 1878, époque où la malade refuse les aliments, est en proie aux idées de grandeurs; la face est rouge, animée; cessation du travail; incohérence, affaiblissement musculaire plus marqué à gauche; les règles n'ont pas reparu jusqu'à ce jour, 20 juillet 1878.

Remarques. — Évidemment le début de cette affection est bien celui d'une folie simple à laquelle est venu s'ajouter, sous l'influence de la ménopause, de

l'irrégularité et de la cessation menstruelle, un élément congestif auquel se lient les premiers symptômes de la paralysie générale.

Voilà bien, si nous ne nous trompons, une folie primitivement simple, à laquelle se surajoute un élément congestif, et se terminant par une démence paralytique.

Observation II.

Sommaire. — Folie simple au début, trente-trois ans, manie avec hallucinations, agitation, violences; aucun signe essentiel de paralysie générale au début du délire; plusieurs intervalles de calme et de lucidité complète, rémissions; apparition subséquente; sous l'influence de la congestion cérébrale, de la paralysie générale caractérisée par ses symptômes essentiels: démence coïncidant avec l'affaiblissement musculaire partiel et général et par les signes accessoires d'idées de richesses et de grandeurs, par l'état des pupilles, l'hésitation de la parole, l'agitation spasmodique, etc. Influence héréditaire. Durée de la maladie, deux ans.

Le nommé F..., charpentier, veuf, âgé de trente-trois ans, d'un tempérament nervoso-lymphatique, entre à l'asile de Marsens, le 14 avril 1876, porteur du certificat médical ci-joint:

«Je déclare que ce malade est atteint d'aliénation mentale, sous forme de manie furieuse, suite d'excès alcooliques et de chagrins domestiques. Il est certain que ce malade est dangereux pour la société et que son état demande un traitement dans une maison d'aliénés, etc.

«Dr Clerc fils.»

Le médecin qui nous suppléait dans ce moment inscrit sur le registre des admissions le procès-verbal suivant:

«Je déclare avoir examiné le nommé F... de C..., âgé de trente et un ans, veuf depuis peu, lequel est atteint d'aliénation mentale, avec délire général, hallucinations, surexcitation nerveuse et musculaire. Étant d'une taille élevée, d'une force herculéenne, à la moindre contradiction, il entre dans des accès de fureur tels, qu'il brise vitres et pendules, qu'il lutte corps à corps avec les infirmiers, quoique en nombre supérieur, et cela après s'être débarrassé de sa camisole de force et des entraves aux pieds. Cet état a été provoqué par la mort de sa femme et des excès de boisson, et exige son admission dans un asile d'aliénés.

«Dr Clerc, père,
«*médecin suppléant.*»

Du 15 avril au mois de mai, le délire continue avec agitation; F... chante, crie, frappe, brise tout ce qui tombe sous sa main; l'œil est brillant, les pupilles resserrées, on ne peut fixer son attention ni obtenir une réponse sensée, on ne remarque cependant dans la parole aucune hésitation.

En juin, le délire général persiste nuit et jour, sans aucune manifestation d'idées ambitieuses, de richesses ou de grandeurs.

En juillet, l'agitation se calme sensiblement; le malade reprend peu à peu la conscience de sa situation et tente de s'évader. On apprend que F... est tourmenté par des hallucinations de l'ouïe et de la vue auxquelles il semble répondre, et que plusieurs de ses grands parents ont été aliénés.

En août, l'amélioration va croissant, au point que, dans le courant d'octobre, le malade rentre dans la vie commune, participe aux travaux agricoles, et se montre si

calme, si raisonnable qu'on finit par lui confier la conduite des chevaux de la ferme, tant l'intelligence, la motilité, la sensibilité paraissent être revenues à leur état normal; absence de céphalalgie; sommeil paisible et réparateur; pupilles normalement dilatées.

Le mois de novembre se passe dans cette période de calme, de lucidité. F... sur sa demande est sur le point d'être rendu à la liberté et à sa famille, tant la guérison paraît assurée.

En décembre, à la suite d'un petit écart de régime, nouvel accès de délire qui se calme si promptement, sous l'influence d'un traitement rationnel, qu'au commencement du mois suivant, janvier 1877, il ne reste qu'une légère agitation, se traduisant par quelques chants, d'un sens bien suivi, qui fait place à une lucidité complète.

En février, persistance de l'état normal; F... reprend la conduite des chevaux qui lui avaient été confiés et travaille avec zèle et avec raison.

Cet état continue jusqu'au mois d'avril, c'est-à-dire pendant trois mois consécutifs, sans qu'on puisse constater aucun signe précurseur d'un nouvel accès.

Dans le courant d'avril, le 13 dudit mois, réapparition d'un troisième accès de délire avec loquacité incohérente, scrupules religieux, agitation, céphalalgie, insomnie.

Cet état dure jusqu'au 19 courant, époque où le malade rentre dans une bonne voie; le délire, les hallucinations de l'ouïe et de la vue, l'agitation se dissipent; F... travaille; retour du sommeil, disparition de la céphalalgie.

En mai, à part une légère agitation, le 16 dudit mois, le malade est calme, raisonne avec justesse, ne manifeste aucune trace de délire; toutes les facultés paraissent solidement rétablies. Cet état persiste jusqu'à la fin de *juin,* où l'on se trouve autorisé à croire à la convalescence, inscrite même sur le registre légal.

En juillet, agitation suivie de stupeur; cessation graduelle du travail, hallucinations pénibles de l'ouïe et de la vue, tristesse, abattement; le malade se couche partout où il se trouve; affaiblissement évident de la motilité, besoin de repos, pupilles dilatées.

Cet état persiste, en s'accentuant de plus en plus, jusqu'à la fin du mois de septembre.

En octobre, l'état mental s'aggrave; apparition d'idées de grandeurs et de richesses, F... s'imagine qu'il est grand propriétaire; il a des terres, des chevaux, des domestiques, etc.; les idées deviennent incohérentes; la motilité s'affaiblit; on constate une légère hésitation de la parole, un léger tremblement fibrillaire des lèvres, de la langue et des membres; la pupille droite est un peu plus dilatée que la gauche.

Cet état continue jusqu'au mois de décembre, où l'on constate les symptômes suivants : persistance des idées de grandeurs, loquacité incohérente, stimulation musculaire; F... est sans cesse en mouvement, sans but raisonnable d'activité; affaiblissement musculaire plus marqué du côté droit, hésitation plus prononcée de la parole; tremblement plus accentué des lèvres, de la langue et des mains; déviation de la commissure des lèvres; pupille droite plus dilatée, plus paresseuse que la gauche; amaigrissement général avec accès fébriles, chaleurs de la tête et de la peau, irritabilité, emportements à la moindre contrariété, céphalalgie, insomnie.

Cet état va en s'aggravant lentement jusqu'à l'époque actuelle, 20 juillet 1878; il se présente cependant avec les modifications ci-après : incohérence incessante, alternatives de resserrement et de dilatation des pupilles, la gauche est parfois plus dilatée que la droite et *vice versâ;* par moments, elles deviennent régulières.

Le pouls est souvent petit, filiforme, et parfois fréquent, avec chaleur à la tête; agitation, actes extravagants, suivis de calme et de légère stupeur.

Remarques. — On ne peut s'empêcher de diagnostiquer, au début de cette affection, un accès franc de manie, suivi d'intervalles de calme et de lucidité

qu'on aurait pu confondre plusieurs fois avec la guérison. Il est certain que la démence paralytique a succédé à la manie, dont elle paraît être la terminaison, manie à laquelle nous croyons, d'accord avec M. Baillarger, que s'est surajouté un élément congestif qui seul est capable d'expliquer sa transformation. Il est très important de faire observer qu'aucun des symptômes essentiels de la démence paralytique n'a, en effet, pu être constaté au début du mal. On ne peut donc ici se refuser, à moins de parti pris, à l'évidence des faits.

Observation III.

Sommaire. — Folie simple au début, quarante-quatre ans; excitation maniaque avec hallucinations, idées délirantes de grandeurs et de persécutions, suivies de mélancolie avec penchant au suicide, intervalles de calme et de lucidité, guérison apparente; apparition des signes essentiels de la démence paralytique, décès, autopsie, périencéphalite interstitielle diffuse. Influence héréditaire. Durée de la maladie, deux ans.

B..., âgée de quarante-quatre ans, Bernoise, cuisinière, d'un tempérament nervoso-sanguin; réglée à dix-huit ans, sans accident, après avoir été atteinte en 1859, c'est-à-dire à l'âge de dix-sept ans, d'une fièvre typhoïde très grave, dont elle avait bien guéri; habituellement bien portante et d'une santé robuste.

B... est accouchée heureusement, à vingt-six ans, d'un enfant illégitime.

Elle a eu dans sa famille une sœur aliénée, qui a guéri au bout d'un an de traitement. La malade avait ses règles abondamment, peu de temps avant le début de son affection, qui remontait à quinze jours lors de son admission à Marsens.

B... a été trouvée à P... deux jours après la fête de L... où elle avait servi comme sommelière, et a été transférée à F... et, de là, à B... Les renseignements médicaux portent: qu'elle était atteinte de manie délirante suraiguë, occasionnée par une surexcitation et un excès de travail, pendant le tir fédéral, et probablement aussi par l'abus des spiritueux et peut-être par des excès sexuels. Le D[r] Dutoit, dans son certificat, considérait la maladie «comme étant curable, vu l'acuité du délire et sa courte durée»; c'est dire qu'il la considérait comme étant une folie simple.

Entrée à l'Asile le 10 août 1876, munie du certificat du docteur susnommé, établissant que «B... est atteinte d'une manie délirante suraiguë avec curabilité», le procès-verbal concernant l'admission, émané du médecin suppléant de l'Asile, porte :

«Je déclare avoir examiné B... du canton de Berne, âgée de quarante-deux ans, atteinte d'agitation maniaque avec idées de grandeurs, de persécutions et de suicide. La malade se croit tantôt poursuivie par des ennemis, elle veut se jeter par la fenêtre ou dans la rivière; tantôt elle se dit l'impératrice d'Autriche. Cet état est dû à un excès de travail, à des abus de spiritueux, et peut-être à l'abus des jouissances génésiques, et réclame son admission dans un asile d'aliénés.

«D[r] Clerc père.

«Marsens, le 11 août 1876.»

A ma rentrée à l'Asile, en septembre 1876, je constatai, après deux mois de traitement, l'excitation maniaque signalée ci-dessus, avec idées de grandeurs et de persécutions, hallucinations de l'ouïe et de la vue, et manifestai, eu égard aux idées délirantes de grandeurs et de richesses, quelques craintes de terminaison paralytique, sans que cependant B... offrît aucun des signes essentiels de cette terrible affection : la parole était *nette* et *franche;* B... douée d'une voix remarquable, *chantait, articulait, prononçait* les mots avec une *parfaite netteté;* on n'observait aucun affaiblissement de la mo-

tilité; la mémoire ne paraissait aucunement altérée; la malade récitait des vers, *sans sauter une syllabe;* l'écriture était nette, les pupilles égales et resserrées, l'activité exagérée, les forces musculaires puissantes; on remarquait à peine un léger tremblement fibrillaire de la langue, ordinairement lié aux excitations maniaques.

En octobre, le délire et l'agitation continuent, malgré l'emploi des bains prolongés, des laxatifs et des boissons délayantes; la malade cependant ramasse des pierres dans la cour, croyant y voir briller or et argent.

En novembre, B... est plus calme, cesse de chanter, travaille avec zèle, parle beaucoup moins de grands personnages, mais délire encore; on ne constate aucun trouble de la motilité.

En décembre, amélioration progressive; le délire des grandeurs a disparu, B... ne se dit plus impératrice d'Autriche et se moque elle-même de cette absurde et folle prétention; elle recherche la compagnie des sœurs, à l'exclusion de celle des malades; retour du sommeil.

En janvier 1877, disparition du délire; B... a repris l'usage complet de la raison dans ses propos et dans ses actes; sentiment d'affection pour son entourage; le sommeil continue à être calme et réparateur, la menstruation se rétablit; motilité normale, travail régulier.

En février, même état de calme et de raison; les conversations sont très sensées; menstruation régulière; on croit à la guérison de B... qui cependant, vers la fin du mois, se montre un peu mélancolique.

En mars, la mélancolie s'accentue davantage; on constate quelques idées délirantes dépressives, un désaccord complet avec le délire expansif et de grandeurs qui dominait la scène quelques mois auparavant.

Trouble intellectuel, légère stupeur, pupilles uniformément dilatées, inappétence, constipation, anesthésie cutanée.

En avril, la stupeur augmente, et, avec elle, le trouble mental; auparavant si curieuse, si expansive, B... se montre indifférente à ce qui se dit et se passe autour d'elle; perte de l'appétit, chaleur à la tête, extrémités froides, céphalalgie, pouls petit, pupilles dilatées, sans inégalité.

En mai, la stupeur se dissipe en partie; l'appétit et l'activité cérébrale et musculaire se réveillent; menstruation irrégulière.

De juin à octobre, la stupeur, qui paraissait rester stationnaire, prend, avec l'irrégularité menstruelle et la céphalalgie, un caractère de démence avec affaiblissement musculaire de mauvais augure; les pupilles deviennent irrégulières; l'anesthésie cutanée s'accentue de plus en plus.

En octobre, les règles se suppriment, et, au commencement de novembre, l'hésitation de la parole, le tremblement des lèvres, de la langue et des membres se joignent à cet état avec un sentiment exagéré de satisfaction d'elle-même, une anesthésie cutanée plus prononcée, l'incapacité du travail, l'incohérence complète dans les idées.

En décembre, on note la stimulation musculaire et l'agitation spasmodique, l'affaiblissement de plus en plus marqué de la motilité avec poussées congestives du côté du cerveau, amenant la perte de connaissance. La malade s'alite; mixtion et défécation involontaires, amaigrissement; convulsions épileptiformes terminées par la mort le 15 janvier 1878, dix-huit mois environ après le début de cette grave affection.

Nous constatâmes à l'autopsie, faite vingt-quatre heures après le décès, les altérations suivantes : *habitus corporis :* amaigrissement général.

Le cuir chevelu est épais et gorgé de sang, adhérences de la dure-mère à l'arachnoïde.

Épanchement séro-gélatineux dans les lames de cette dernière; granulations de Pacchioni très développées. Les membranes du cerveau sont très épaisses, surtout à la partie correspondant à la faux de la dure-mère. Adhérences de la pie-mère à la substance corticale, dont on enlève la superficie par la traction des membranes qui l'enveloppent et qui se détachent par lambeaux.

La substance corticale apparaît alors sous forme ulcéreuse.

C'est surtout à la superficie des circonvolutions que les adhérences sont manifestes.

La partie antérieure et supérieure des hémisphères cérébraux est particulièrement malade; on y remarque des ulcérations rougeâtres, criblées de mille pertuis. Ces circonvolutions, en général, présentent une coloration de même nature; les vaisseaux qui parcourent la pie-mère sont gorgés de sang.

Épanchement considérable de sérosité rougeâtre dans les ventricules du cerveau.

La glande pinéale est rougeâtre et développée.

Les plexus choroïdes sont également rougeâtres.

La masse cérébrale est ramollie, diffluente, luisante, la substance blanche piquetée de points rouges. La substance corticale s'enlève avec la plus grande facilité, quand on la racle avec le dos du scalpel et laisse apercevoir une surface ulcéreuse. Cette substance est amincie; les couches qui la composent semblent se confondre entre elles. La substance blanche offre une teinte rouge nacrée. Adhérences de la pie-mère à la substance corticale dans les anfractuosités cérébrales.

Les vaisseaux qui rampent à la surface de cette membrane sont rouges, il en est de même pour le cervelet.

Les autre organes ne présentent aucune particularité digne d'être notée.

Remarques. — On ne peut voir, au début de cette maladie, coïncidant avec l'âge critique, qu'un accès de manie aiguë, se dissipant sous l'influence d'un traitement méthodique et rationnel, n'offrant d'abord aucune désorganisation cérébrale, comme le prouve la période de rémission.

Cette manie reparaît sous l'influence d'une congestion liée à l'irrégularité menstruelle, c'est-à-dire aux troubles de cette fonction. Une rémission incomplète se manifeste de nouveau, sous l'influence de l'apparition des règles; la maladie présente alors les premiers symptômes de la démence paralytique, qui marche à grands pas vers la désorganisation et une terminaison funeste, sous l'empire de nouvelles congestions, liées à la suppression menstruelle.

Observation IV.

Sommaire. — Folie simple au début, quarante-sept ans, premier accès d'alcoolisme, il y a un an, suivi de guérison. Une année plus tard, nouvel accès d'alcoolisme avec délire de persécutions, idées hypocondriaques et mélancoliques, hallucinations de l'ouïe et de la vue; plusieurs tentatives de suicide, rémissions et, plus tard, apparition des symptômes essentiels de la démence paralytique, reconnaissant pour causes des poussées congestives du côté du cerveau. Influence héréditaire. Durée de la maladie, sept mois, non compris le premier accès.

G... âgé de quarante-cinq ans, Bernois, marié, voiturier; d'un tempérament lymphatico-nerveux, ayant eu, l'année passée, un accès d'alcoolisme aigu dont il a très bien guéri, et sur les précédents héréditaires desquels on ne peut obtenir de lui, pour tout renseignement, qu'un oncle, du côté maternel, notaire, a été aliéné, etc.; entré à l'asile de Marsens, le 7 janvier 1878, muni d'un certificat du Dr Hèche, constatant «qu'il est atteint de folie alcoolique».

Après un examen de plusieurs jours, nous transcrivons sur le registre légal le procès-verbal suivant :

« Je certifie avoir examiné M. G... âgé de quarante-cinq ans, d'un tempérament lymphatico-nerveux ; il est atteint de délire de persécutions et de mélancolie avec idées délirantes hypocondriaques, suite d'alcoolisme. L'attitude et la physionomie expriment la mélancolie ; on constate des hallucinations terrifiantes et pénibles de l'ouïe, de la vue, des illusions de ces sens et de ceux du goût et de l'odorat, avec interprétations délirantes d'empoisonnement, etc. etc. ; troubles viscéraux : « il lui semble que les conduits « stomacaux sont bouchés » ; parfois, refus d'aliments, idées et tentatives de suicide, dont il porte des traces ; parfois aussi, céphalalgie, insomnie. Langue bonne, ventre libre, léger tremblement des mains, plus prononcé de la langue. Crampes dans les mollets, soubresauts, etc. etc. ; voix basse. La pupille gauche est plus dilatée que la droite, le pouls petit, faible, donne environ 85 pulsations à la minute. Cet état, dû à des excès alcooliques sans influence héréditaire connue ou avouée, exige son admission dans un asile d'aliénés. »

Nous avons appris plus tard, de la bouche même du malade, pendant une période de rémission, qu'un oncle du côté maternel avait été atteint d'aliénation mentale.

En février, G... est calme, lucide, il raisonne avec justesse ; les idées délirantes, les hallucinations, les troubles de la sensibilité générale ont disparu ; reprise du travail, bonne conduite, quoiqu'on observe encore un léger tremblement fibrillaire de la langue avec chaleur à la tête et une tendance congestive avec insomnie, combattue par des demi-bains légèrement tièdes, par des dérivatifs, des révulsifs et un régime approprié.

En mars, commencement d'agitation, besoin de mouvement, idées délirantes, actes extravagants, hallucinations ; fréquence du pouls, chaleur à la peau et au sinciput, céphalalgie, insomnie, constipation, combattue par un laxatif.

Le malade recouvre le calme à la fin du mois, ainsi que la raison.

En avril, nouvel accès d'agitation, avec actes extravagants et hallucinations. G... appelle sa femme, qu'il croit entendre, etc. ; pupilles resserrées, chaleur à la tête ; le pouls donne 80 pulsations par minute ; les conjonctives sont injectées, les extrémités froides. Cet accès est suivi d'un intervalle de lucidité complète, auquel succède une période de collapsus et de mélancolie avec légère stupeur.

Cet état se prolonge, avec les mêmes variations, pendant les mois de *mai,* de *juin* et de *juillet,* avec cette modification importante : que les intervalles lucides deviennent de plus en plus courts ; que l'incohérence dans les idées, avec hébétude et stupeur, constitue le fond dominant de la situation, c'est-à-dire un état habituel de démence avec inégalité pupillaire, affaiblissement plus marqué de la motilité, principalement du côté gauche, affaiblissement qui le porte à se coucher partout où il se trouve.

Le malade devient indifférent à tout ce qui l'entoure, il tombe dans la somnolence, ramasse automatiquement des cailloux, de la paille, des petits morceaux de bois dans le préau qu'il habite et en bourre ses poches ; il mâche ce qui tombe sous sa main, etc. et paraît plongé dans l'hébétude, et manifeste les symptômes essentiels de la première période de la démence paralytique.

Remarques. — G... guérit d'un premier accès d'alcoolisme aigu, caractérisé, nous dit-on, par les symptômes précédemment décrits ; un an après cet accès, il est repris, sous l'influence de la même cause, du même délire et des mêmes accidents. Nul doute que ce premier accès d'alcoolisme ne constituait qu'une folie simple ; mais le second accès est à peine dissipé, que se surajoute, sous l'influence de l'irritation cérébrale et du commencement du printemps, une poussée congestive du côté du cerveau avec accès fébrile, qui donne à la maladie le

caractère grave de la démence paralytique, malgré les efforts combinés d'une thérapeutique méthodique et rationnelle. Voilà donc une quatrième et dernière observation qui confirme les précédentes et nous permet de tirer des considérations et des faits énoncés ci-dessus, les conclusions suivantes :

CONCLUSIONS.

La folie simple, qui ne guérit pas, finit par la démence, et lorsque la congestion cérébrale se surajoute soit à la première, soit à la seconde, qui en est la terminaison naturelle, l'affection, sous l'influence de ce nouvel élément morbide, se transforme en démence paralytique.

Ce fait pathologique, déjà entrevu et signalé par d'éminents observateurs, a été particulièrement et plus récemment mis en lumière par notre savant confrère le Dr Baillarger; une longue expérience nous en a révélé l'exactitude.

Il nous serait facile de citer un grand nombre de cas de folie simple d'une longue durée, qui ont débuté sous toutes les formes de l'aliénation mentale, et dont la congestion cérébrale a transformé la nature, de manière à leur imprimer le sceau terminal de la démence paralytique; mais le temps nous manquant, nous nous bornerons à l'exposé de ceux signalés ci-dessus. (Applaudissements.)

M. Motet. Nous avons l'honneur de prier M. le Dr Semal, qui assiste à la séance, de vouloir bien prendre place au Bureau.

M. Semal. Je remercie les membres du Bureau de l'honneur qu'ils veulent bien me faire.

M. le Président. Je donne la parole à M. Mierzejewski pour la lecture d'un Mémoire.

RECHERCHES ANATOMO-PATHOLOGIQUES SUR L'IDIOTIE[1].

DES CERVEAUX D'IDIOTS EN GÉNÉRAL.

M. Mierzejewski, *professeur de médecine mentale à l'académie médico-chirurgicale de Saint-Pétersbourg.* Messieurs, l'étude sur l'anatomie des cerveaux d'idiots est un vaste champ accessible aux recherches qui peuvent contribuer à éclaircir quelques questions de psychiatrie jusqu'à présent obscures, mais qui ont une valeur pratique irréfutable; elle devrait servir d'introduction dans la région si peu connue de la science psychiatrique qui se nomme la folie héréditaire.

Il est incontestable que les vices de conformation physique des ascendants se transmettent à leurs descendants, et que ce phénomène est le point de départ des espèces pathologiques. Blumenbach et Otto ont décrit cette étrange monstruosité du coq huppé (*gallus cristatus*), chez lequel on rencontre toujours

(1) Voir à la fin du volume (planches 1, 2 et 3) les figures auxquelles il est fréquemment fait allusion dans le Mémoire de M. Mierzejewski : il est joint à ces planches une légende explicative.

la hernie cérébrale, et Hagenbach a prouvé que ce vice de conformation se développe dans la période la plus avancée de la vie fœtale. Cette anomalie de développement se transmet des parents aux enfants, et c'est pour cette raison qu'il existe une race pathologique de coqs demi-idiots, qui a été, de la part de Darwin, l'objet d'une description détaillée.

Ce ne sont pas seulement les malconformations physiques, mais encore les perversions morales qui se trouvent soumises aux lois de la transmission par l'hérédité. On comprend, en effet, que des perversions morales chez les ascendants peuvent provoquer dans leurs produits des malconformations du cerveau susceptibles d'être transmises de génération en génération. On a tendance à admettre également l'existence d'anomalies du cerveau chez les individus qui présentent une prédisposition à la folie héréditaire.

Ces malconformations peuvent demeurer longtemps latentes, jusqu'à ce que des conditions favorables particulières permettent à la force génératrice de se développer. Tout ce qu'on avance sur l'existence probable d'anomalies du cerveau chez les personnes douées d'une prédisposition à la folie héréditaire, repose le plus souvent sur des hypothèses et des suppositions très rationnelles; mais la démonstration physique, chimique, anatomique, nous manque le plus souvent; il est donc de notre devoir de bien étudier les anomalies du cerveau visibles, évidentes, que l'observation immédiate constate à l'aide des procédés scientifiques modernes.

Cette étude doit nous servir à mieux comprendre et mieux distinguer les anomalies de transition qui présentent une chaîne de transformations progressives entre les malconformations évidentes et celles que nous ne faisons que supposer dans l'état actuel de la science, et qui ne peuvent pas être diagnostiquées sous le rapport anatomique. En somme, les études poursuivies sur les cerveaux d'idiots doivent être la pierre fondamentale destinée à élever l'édifice de la science qui a pour but de déterminer les signes physiques de la folie héréditaire.

I. En étudiant les cerveaux d'idiots, on a fait surtout attention à leur poids, et cependant le poids du cerveau ne peut nous fournir des indications suffisantes pour le diagnostic, parce qu'il y a des idiots chez lesquels le poids du cerveau peut atteindre 1,800 grammes, et égaler le poids du cerveau d'un homme intelligent.

Le petit poids du cerveau ne peut avoir une valeur diagnostique que dans quelques cas, parce que le cerveau bien conformé peut être réduit dans son poids, à la suite de différentes lésions pathologiques; dans ce cas, le cerveau normal n'atteint jamais l'extrême limite qui se produit dans le poids des cerveaux d'idiots, et qui peut s'abaisser chez les idiots adultes à 220 grammes, et chez les microcéphales nouveau-nés à 100 grammes (cas de Broca).

II. La forme et la conformation externe du cerveau d'idiot présente quelquefois une ressemblance avec les cerveaux d'animaux. Tel cerveau d'idiot est plat et oblong comme celui d'un chameau [1]; tel autre (dont j'ai l'honneur de

[1] Voir figure I *a*.

présenter l'exemplaire), par le développement de ses circonvolutions frontales et pariétales ascendantes, ressemble au cerveau d'un éléphant [1]; un troisième, par la petitesse et le nombre de ses circonvolutions, présente une ressemblance avec le cerveau d'un dauphin [2]. Mais cette ressemblance est illusoire : l'arrangement des circonvolutions, le volume de la protubérance et du bulbe est tout à fait autre que chez les animaux et révèle un type complètement différent.

Cela se rapporte aussi aux cerveaux d'idiots, dont le cervelet n'est pas couvert par les hémisphères cérébraux et dont j'ai l'honneur de vous présenter un spécimen [3].

Le mécanisme de développement de ce rapport anatomique chez les idiots est tout à fait autre que chez les animaux. C'est l'arrêt de développement, l'atrophie des lobes occipitaux qui est cause que, chez les idiots, le cervelet est à découvert; c'est la flexion insignifiante du pont de Varole (*Brückenkrümmung*), pendant le premier temps de la vie fœtale, qui amène les mêmes résultats chez les animaux.

Si nous voulons nous expliquer le mécanisme par lequel le cervelet chez les animaux reste à découvert, nous devons descendre jusqu'aux faits qui accompagnent la vie fœtale.

Nous savons que, dans la première période de la vie fœtale, le tube cérébro-spinal primitif est soumis aux étranglements et aux flexuosités. Ces flexuosités ont une grande influence sur le développement futur du cerveau et sa conformation. Nous ne nous occuperons pas ici des détails embryologiques qui nous mèneraient trop loin du principal sujet de cette note, nous indiquerons seulement la grande importance que joue, entre toutes les flexions auxquelles est soumise le tube nerveux, la flexuosité de la protubérance.

C'est du développement plus ou moins fort de la courbe de la protubérance que dépend le plus grand ou le plus petit développement des hémisphères cérébraux, et par conséquent le recouvrement ou la mise à nu du cervelet.

Les fœtus de quelques mammifères sont, dans certaines périodes de leur développement, très semblables les uns aux autres, et ce n'est que plus tard, quand le pont de Varole est plus ou moins courbé (à la suite des conditions purement mécaniques auxquelles est soumis l'embryon), que l'aspect extérieur de leur cerveau commence à différer. Chez ceux-là, qui ont la courbe du pont peu prononcée, les parties latérales du cervelet sont peu développées, la fosse rhomboïde est découverte, l'origine du trijumeau est repoussée en arrière, les hémisphères ne couvrent pas le cervelet. Nous trouvons tous ces faits dans le cerveau d'un mouton, par exemple. (*Anatomie comparée du système nerveux*, par Leuret et Gratiolet, planche 11.)

De tous les mammifères, c'est l'homme qui a la plus grande courbe de la protubérance; c'est pourquoi chez lui l'origine du trijumeau se trouvant située plus en avant, la fosse rhomboïde est recouverte, et les grands hémisphères recouvrent le cervelet. Mais il y a des idiots, comme l'idiote D... [4], que nous

(1) Voir figure II, X, Y.

(2) Voir figure III *a* et figure III *b*.

(3) Voir figure I *a*.

(4) *Revue d'anthropologie*, 1876.

avons décrite, chez laquelle le cerveau présente une analogie avec celui d'un mouton; de même que dans ce dernier, le cervelet n'est pas recouvert par les hémisphères. Quel est donc le mécanisme qui préside au développement de ce rapport anatomique? Est-ce l'atavisme, le retour au type animal qui en est la cause? Nous pouvons dire positivement que, dans le cas que nous avons observé, l'atavisme ne jouait aucun rôle. Si le cerveau d'idiot chez lequel le cerveau ne recouvrait pas le cervelet, présentait un retour vers des types inférieurs, cela devait provenir de ce que la courbe du pont de Varole était tout aussi peu développée que dans le cerveau d'un animal.

Si nous admettons cette supposition, alors nous devons confirmer aussi dans les cerveaux d'idiots les mêmes arrangements que dans celui du mouton, et cependant nous voyons que l'origine du trijumeau, la position de la fosse rhomboïde sont tout à fait comme dans le cerveau humain; le seul fait, que les grands hémisphères ne couvrent pas le cervelet, ne peut pas servir d'appui suffisant pour la théorie de l'atavisme. Nous devons donc expliquer cette anomalie d'une autre manière; elle provient sans doute de ce que les lobes postérieurs sont dans un état atrophique. Dans le cas observé par nous, les lobes sphénoïdaux étaient changés des deux côtés en un sac kystique [1] qui s'augmentait en volume en haut et en arrière, comprimait les lobes occipitaux et les atrophiait [2].

Nous voyons donc que l'anatomie pathologique et l'embryologie nous expliquent le fait de la mise à nu du cervelet chez les idiots, fait qui ne peut être expliqué par les théories atavistiques.

III. Les circonvolutions des cerveaux d'idiots sont très souvent arrêtées dans leur développement, mais une question importante est celle-ci : Comment comprendrons-nous l'arrêt de développement du cerveau?

Le processus de développement du cerveau comprend différentes phases; l'arrêt de développement du cerveau résulte de ce que l'organe, arrivé à une certaine étape du processus qu'il doit parcourir, en reste là et ne continue pas à traverser toutes les phases qui caractérisent sa formation. Considéré à ce point de vue, chaque cerveau d'idiot doit avoir son représentant dans le cerveau normal en voie de développement. La littérature scientifique possède, sans contredit, des descriptions de cerveaux d'idiots qui, par l'aspect extérieur de leurs circonvolutions, ressemblent à des cerveaux de fœtus [3]; malheureusement ces cerveaux n'ont pas été soumis à un examen histologique, et il reste à décider si l'arrêt de développement des parties morphologiques du cerveau coïncide avec un arrêt de développement dans la structure des éléments nerveux microscopiques.

Les recherches histologiques que j'ai faites sur un cerveau d'idiot [4] m'ont donné des résultats fort remarquables : les circonvolutions de ce cerveau pré-

(1) Voir figure I *b*, S.

(2) Voir figure I *a*, O.

(3) J. Mierzejewski, *Ein Fall von Mikrocephalie*, in *Zeitschrift für Ethnologie*, 1872. — Tafel VIII. — Aeby, *Beiträge zur Kenntniss der Mikrocephalie*, Band I.

(4) *Zeitschrift für Ethnologie*, 1872. — *Bulletin de la Société d'anthropologie*, 1875. — J. Mierzejewski, *Revue d'anthropologie*, 1876, p. 21 et suiv.

sentaient extérieurement, par leur arrangement, le type fœtal[1]; leurs éléments nerveux étaient aussi bien formés que dans les cerveaux complètement organisés, mais ces éléments nerveux étaient moins grands que dans les cerveaux normaux. Dans ce cas, l'arrêt morphologique des circonvolutions était accompagné d'un parfait développement de leurs éléments histologiques, et la forme extérieure était en désaccord avec la structure délicate du tissu. Ici il n'y avait pas, par conséquent, de véritable arrêt de développement (morphologique et histologique), mais une déviation du type de développement normal. Je n'ai pas rencontré jusqu'à présent une seule description de cerveau d'idiot dans lequel l'arrangement morphologique des circonvolutions et la structure microscopique de leurs éléments nerveux aient présenté des formes embryonnaires.

Le cas observé par Starck et l'autre, que j'ai observé moi-même[2], constituent peut-être une exception unique sous ce rapport; encore est-il que cette exception doit être étudiée avec certaines réserves.

L'arrêt de développement morphologique du cerveau peut embrasser les hémisphères entiers[3], ou n'exister que dans certaines parties du cerveau[4]. Tous ces arrêts de développement sont pour ainsi dire des monstruosités qui appartiennent au domaine de la tératologie.

IV. Tous les cerveaux d'idiots ne peuvent pas être classés au nombre des monstruosités; au contraire, il y en a beaucoup qui ne sont que des types purement pathologiques, c'est-à-dire que, dans ce cas, il n'y a pas un simple arrêt de développement normal du cerveau; mais à la suite de différents processus pathologiques pendant la vie utérine et les premières années de l'enfance, le tissu du cerveau a perdu ses qualités normales, ou est remplacé par un tissu qui lui est étranger. Nous espérons qu'avec le temps, quand l'embryologie du cerveau sera plus avancée et quand l'examen histologique des cerveaux d'idiots se fera plus fréquemment, les conditions d'un simple arrêt de développement pourront être expliquées par des circonstances purement pathologiques, et le nombre des cas appartenant à la catégorie des cerveaux pathologiques sera de beaucoup augmenté.

V. On doit aussi ranger au nombre de cerveaux d'idiots les cerveaux qui, par l'arrangement des circonvolutions, ressemblent presque à des cerveaux normaux, tout en ayant les circonvolutions hypertrophiées[5] ou des circonvolutions si minces et si rudimentaires, qu'elles ressemblent, par leurs dimensions, aux circonvolutions fœtales, mais se distinguent de ces dernières par la richesse de

[1] Voir figure IV.

[2] Starck (*Mikrocephalie, fœtale Encephalitis*), *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*, 1875. Bd. XXXII, Heft III, IV. — J. Mierzejewski. Note sur les cerveaux d'idiots, *Revue d'anthropologie*, 1876, p. 21 et suiv.

[3] Voir figure IV.

[4] Voir figure II, X, Y. Chez le sujet dont le cerveau est représenté figure II, les mouvements volontaires des extrémités supérieures et inférieures ont été abolis depuis la naissance. Il était âgé de trente et un ans.

[5] Un remarquable exemple de cerveau avec des circonvolutions hypertrophiées se trouve au Musée d'anthropologie de M. le professeur Broca. Ce cerveau appartenait à l'idiot Sageait, âgé de trente ans.

leurs circonvolutions secondaires (cas décrit par Fischer [1]). Mais nous ne savons pas si un pareil état de circonvolutions est compatible avec l'intégrité des facultés intellectuelles, et si ces anomalies se trouvent plus fréquemment chez les idiots ou chez les hommes normaux. Il y a aussi des cerveaux dont les hémisphères sont constitués d'une grande quantité de circonvolutions très minces qui présentent des sillons tranversaux secondaires et rappellent un peu les circonvolutions du dauphin [2].

Cette anomalie des circonvolutions peut embrasser les deux hémisphères (comme dans le cas que j'ai décrit dans le travail présenté au Congrès international médical de Genève, 1878), ou exister seulement dans quelques circonvolutions, comme dans le cerveau dont j'ai l'honneur de vous soumettre le dessin; vous voyez, les circonvolutions pariétales seules présentent cette anomalie [3].

VI. Chez certains idiots, la structure morphologique des circonvolutions présente quelquefois des anomalies qui ne peuvent pas être expliquées par un simple arrêt de développement et qui appartiennent aux anomalies nommées, par Pozzi, *anomalies réversives par déviation de développement;* c'est-à-dire que les parties morphologiques du cerveau se rapprochent, dans leur structure, des mêmes parties dans les races inférieures ou chez les anthropoïdes. Ces anomalies sont caractérisées par un développement de la scissure perpendiculaire externe; c'est pourquoi les lobes occipitaux ont la forme d'une calotte, comme chez les singes.

Des anomalies pareilles ont été décrites en dernier lieu par MM. Pozzi, Guillaume Sander et François Fischer [4]. Mais ces observations sont rares, et celles qui seront recueillies dans l'avenir montreront combien ces anomalies sont plus fréquentes chez les idiots que chez des sujets dont les facultés intellectuelles sont bien développées. On peut dire, à la vérité, que ces anomalies réversives ont été observées chez des sujets doués d'une capacité intellectuelle normale; un cas de ce genre a été publié par Meynert dans les Archives de psychiatrie de l'année 1876. M. le professeur Broca a eu l'obligeance de me montrer le cerveau d'un homme de lettres distingué (Asseline), qui est mort depuis peu et chez lequel cette anomalie était des plus accentuées.

VII. Toutes ces anomalies que présentent les cerveaux d'idiots peuvent se combiner entre elles de la manière la plus diverse, et dans un même cerveau on peut rencontrer non seulement les différents degrés d'arrêt de développement, mais encore les anomalies réversives et les lésions purement pathologiques.

VIII. On a très souvent observé que les mêmes parties du cerveau présentaient,

[1] Franz Fischer, *Beschreibung einer Hemmungsbildung des Gehirns,* in *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten,* Bd. V., Heft III, 1875, p. 842.

[2] Voir figure III *a* et figure III *b*.

[3] Voir figure V, P.

[4] Samuel Pozzi. Note sur le cerveau d'une imbécile, *Revue d'anthropologie,* 1876, t. IV, n° 2, p. 193. — G. Sander, *Ueber eine affenartige Bildung am Hinterhauptlappen eines menschlichen Gehirns* (*Archiv für Psychiatrie,* Bd. V., Heft III, 1875, p. 842). — Franz Fischer, *Beschreibung einer Hemmungsbildung des Gehirns.* (*Archiv für Psychiatrie,* Bd. V., Heft III.)

chez différents idiots, un développement inégal. Ce fait, bien étudié et accompagné d'observations cliniques détaillées, peut jeter une lumière nouvelle sur l'étude du développement intellectuel et sur certains caractères des idiots qui ont frappé plus particulièrement les observateurs. Les observations cliniques indiquent qu'il existe des idiots nommés idiots savants[1].

Ce sont des idiots qui, tout en ayant un affaiblissement général des facultés intellectuelles, sont doués d'une seule capacité spéciale et prédominante d'imitation.

C'est ainsi qu'il y a dans cette classe des individus qui peuvent appliquer leur talent d'imitation à dessiner, à chanter, d'autres qui ont une mémoire spéciale pour les noms propres et les mots. Mais ces facultés ont un cachet tout particulier et pour ainsi dire capricieux, qui ne se soumet pas à l'enseignement ordinaire. Les idiots savants peuvent parfaitement bien imiter un objet, mais ils ne peuvent pas en faire autant pour un autre objet tout à fait analogue. Ils présentent sous ce rapport une certaine analogie avec certains aphasiques qui peuvent prononcer un mot entier et ne peuvent pas prononcer les lettres séparées dont ce mot se compose. Cette faculté d'imitation est très variée chez les différents idiots, et comme les différentes facultés répondent sans doute à des substratum anatomiques différents, il en résulte ensuite que, chez les différents idiots, certaines parties du cerveau doivent être plus développées que ces mêmes parties chez d'autres, et *vice versâ*.

Il serait très important de poursuivre la liaison entre l'existence de certaines facultés d'imitation chez les idiots, et le développement prépondérant chez eux de certaines parties du cerveau. Malheureusement, nous n'avons pas de recherches à ce sujet.

IX. Mais c'est seulement l'examen histologique des cerveaux d'idiots qui nous révèle des lésions et des anomalies plus intimes et des plus intéressantes dans la structure des centres nerveux chez ces êtres dégradés. L'examen histologique nous montre parfois l'hypertrophie de la couche la plus superficielle de la substance grise; cette couche est très peu développée chez l'homme dans l'état normal, chez les singes elle est plus développée que chez l'homme, et chez les chiens encore plus que chez les singes. On trouve chez les idiots, ou une atrophie ou un développement énorme de la substance grise des circonvolutions et des éléments nerveux. Ces éléments ne sont pas groupés régulièrement, mais dispersés pêle-mêle; ils sont quelquefois entourés d'enveloppes calcaires. Mais ce qui est le plus intéressant, c'est le fait, qu'avec une grande richesse de la substance grise, tout le système de communication des circonvolutions entre elles peut être profondément lésé et complètement arrêté dans son développement. Comme exemple, je rappellerai le cerveau que j'ai présenté l'année dernière au Congrès de Genève[2].

L'arrangement et la disposition de la substance grise offrent dans ce cerveau

[1] Edw. Seguin, *New acts and remarks concerning idiocy, New-York*, 1870. — George Grabham, *Remarks on the origin and varieties of idiocy* (*British medical Journal*, 1878, p. 733.)

[2] Comptes rendus et Mémoires du Congrès international des Sciences médicales à Genève, 1878, p. 642 et suiv. Voir figure III *a* et figure III *b*.

de grandes irrégularités. Dans le cerveau normal on peut voir, sur la coupe tranversale, qu'il existe entre deux sillons de la surface des hémisphères une flexuosité de la substance grise, tandis que dans ce cerveau d'idiot il en existe plusieurs. Il en résulte par conséquent que la surface de la substance grise devait être énorme dans ce cerveau. L'épaisseur de la substance grise des circonvolutions est aussi plus considérable que dans les cerveaux normaux. Dans les différents points des hémisphères, l'épaisseur de la substance grise varie entre 2 millimètres et demi et 7 millimètres. Dans le cerveau de cet idiot, les fibres commissurales qui unissent entre elles les circonvolutions voisines n'existent que dans quelques endroits, tandis que dans les grandes parties des circonvolutions, il existe seulement des fibres d'association (d'après Meynert) qui relient entre elles les circonvolutions les plus éloignées. Ainsi, chez cet idiot, les points les plus éloignés des hémisphères sont reliés les uns aux autres par des fibres nerveuses, tandis que les circonvolutions voisines sont dépourvues de ces éléments, et qu'à la place de ces fibres commissurales, il n'existe que des éléments embryonnaires énormément développés et de dimensions variables (leur plus grande longueur égale $0^{m},018$, et leur plus grande largeur $0^{m},010$), dont le protoplasma offre une grande transparence et un noyau bien distinct[1].

En général, la richesse de la substance grise et l'abondance des cellules nerveuses peut être accompagnée d'idiotie. Mais, dans ce cas, le système de liaison des circonvolutions entre elles est arrêté dans son développement, et ce manque de voies de communications, ce défaut d'harmonie dans le développement des différents éléments nerveux, rend imparfait un organe si prodigieusement doté sous certains rapports, et si pauvre sous d'autres.

X. Il faut encore mentionner ces cerveaux d'idiots qui paraissaient bien conformés, avaient un poids considérable, mais appartenaient à des individus chez lesquels le cœur était très petit, et son volume, à cause de sa grande petitesse, était en désaccord complet avec les proportions du corps. Le Dr Hagen ayant observé un cas pareil [2] en a tiré la conclusion que l'idiotie peut dépendre de la faiblesse de circulation cérébrale, et peut avoir lieu dans un cerveau d'une structure parfaite.

Cette appréciation est en complet accord avec les données physiologiques et les expériences de Brown Sequard sur la tête guillotinée; on a recueilli en outre les faits suivants chez les microcéphales: c'est que, pendant la fièvre, quand l'activité circulatoire dans le cerveau était augmentée, l'intelligence paraissait bien plus grande que dans les conditions normales. Cependant l'observation de Hagen n'est pas complète: il lui manque l'examen histologique du

[1] Sur la coupe transversale transparente faite sur le lobe frontal du cerveau (fig. VI) sur la ligne *a*, *b*, on peut voir successivement les éléments suivants : En *c*, la couche la plus superficielle de la substance grise; depuis *e* jusqu'à *d*, les couches plus profondes de cette même substance; depuis *d* jusqu'à *e*, les éléments embryonnaires (les fibres arquées manquent); depuis *e* jusqu'à *b*, les faisceaux du centre semi-ovale de Vieussens. Les faisceaux du centre semi-ovale de Vieussens *g*, *h* se dirigent dans les lobules *k*, *z*; mais, entre ces faisceaux et les flexuosités de la substance grise, *v*, *y*, tout l'espace *z*, *z*, *z*, est rempli d'éléments embryonnaires.

[2] *Psychiatrisches Centralblatt*, 1872, n° 11.

cerveau, qui seul pourra confirmer ces suppositions ou leur donner une autre appréciation.

DU RAPPORT DE LA CALOTTE ET DU PÉDONCULE DANS LES CERVEAUX MAL CONFORMÉS.

L'anatomie délicate du système nerveux central a fait un progrès très considérable dans ces derniers temps, et c'est le nouveau mode d'investigation dont la science s'est enrichie depuis peu qui y a beaucoup contribué.

C'est Schröder van der Kolck, Lockhardt, Clarke, Deiters et Luys, les premiers, qui, en faisant des études sur de grandes coupes transparentes du cerveau, jugeaient des différentes directions des faisceaux nerveux de l'axe cérébro-spinal, de leurs rapports réciproques et de leur liaison avec les ganglions et circonvolutions cérébrales.

Cette méthode consiste à diviser les centres nerveux en coupes très rapprochées, que l'on étudie à l'aide de faibles grossissements, et à réunir ensuite d'une coupe à l'autre toutes les parties similaires, par des lignes qui représentent la continuité fictive de ces parties. Meynert, qui a continué cette méthode, y a ajouté un élément nouveau bien ingénieux, qui lui a donné le moyen d'apporter à la science de riches acquisitions.

Cet auteur avait entrepris de suivre les cordons blancs de la moelle dans l'isthme de l'encéphale, en se fondant sur des considérations physiologiques, et sur l'étude de la conformation extérieure des centres nerveux dans la série animale.

Mettre en opposition la disposition et le volume des faisceaux de la moelle, du bulbe, de la protubérance, chez des animaux à surface cutanée très développée, comme la chauve-souris, et chez des animaux à système musculaire puissant; parmi ceux-ci même, distinguer ceux dont les membres supérieurs, comme ceux de la taupe, présentent une prépondérance marquée sur ceux dont les postérieurs (kanguroo) offrent un développement disproportionné, tel avait été le point de départ de recherches où Meynert avait conclu, des différences de diamètre, des cordons aux fonctions opposées et, par conséquent, aux connexions centrales et périphériques différentes de ces parties [1].

C'est avec cette méthode, perfectionnée par l'usage du microthome, qu'Auguste Forel a obtenu des résultats si remarquables, sur les divers faisceaux nerveux de la calotte et les a exposés avec une rare clarté, dans son dernier travail, «Recherches sur la région de la calotte» (*Untersuchungen ueber die Haubenregion, etc.*) [2]. Puis vient le système de Flechsig [3], basé sur le fait de l'embryologie humaine qu'il avait découvert: c'est que les différents faisceaux nerveux de certains systèmes s'approvisionnaient de myéline en même temps, tandis que d'autres en sont dépourvus; et, d'après la couleur caracté-

(1) Meynert, *Ueber die Bestandtheile des Vierhügels*, — *Zeitschrift für wissenschaftliche Zoologie*, vol. XVIII, Heft IV.

(2) *Archiv für Psychiatrie*, 1876.

(3) Flechsig, *Die Leitungsbahnen im Gehirn und Rückenmark des Menschen auf Grund entwickelungsgeschichtlicher Untersuchungen*, Leipzig, 1876.

ristique des parties du système nerveux pourvues de myéline, il pouvait poursuivre leur direction et leurs rapports réciproques. Mais tous ces systèmes ont des inconvénients. On ne peut jamais bien poursuivre, sur les coupes transparentes, certains faisceaux, certaines fibres nerveuses, jusqu'à leur terminaison; et, pour connaître leur trajet, il faut les isoler, et c'est notre technique imparfaite qui y met un obstacle. Voilà pourquoi la méthode physiologique expérimentale peut rendre un bien plus grand service, sous ce rapport, que les précédentes. C'est le professeur Gudden qui a employé cette méthode avec beaucoup de succès [1].

En enlevant, chez de jeunes animaux, certaines parties des hémisphères, il provoquait une atrophie consécutive et jugeait, d'après cette atrophie, des liaisons entre les parties lésées et les parties atrophiées. Mais, comme ce procédé est accompagné de solutions de continuité du crâne qui produisent des lésions pathologiques nuisibles à la netteté de l'expérience, le professeur Gudden a inventé un autre procédé fort ingénieux. En détruisant, chez les jeunes animaux, différents organes de sens périphériques, il produisait l'atrophie de leurs centres cérébraux et de leurs conducteurs périphériques, et, d'après ces atrophies, il pouvait juger des communications des centres avec les organes périphériques. Mais c'est surtout la physiologie pathologique de l'homme qui nous donne des faits précieux sur les rapports des différents faisceaux nerveux. C'est à l'aide de la physiologie pathologique que Türck et l'école de la Salpêtrière, sous la direction de son maître illustre, ont créé un nouveau chapitre de pathologie «sur les dégénérescences ascendantes et descendantes de l'axe cérébro-spinal».

Il y a encore un nouveau système, qui est comme une continuation du précédent et basé sur les expériences faites par la nature elle-même : ce sont les études sur les cerveaux mal conformés, arrêtés dans leur développement. La nature ayant produit un arrêt de développement de certaines parties des hémisphères cérébraux et de leurs conducteurs, nous permet de juger quels sont les conducteurs qui sont liés avec certaines parties des hémisphères, et quels sont leurs rapports réciproques et leurs rôles anatomiques. Ce système peut nous fournir des indications très utiles sur la direction des différents faisceaux nerveux et sur leurs fonctions, si des études anatomiques accompagnent de minutieuses observations cliniques. Je viens vous signaler quelques faits qui, quoique très imparfaits, vous prouveront néanmoins la valeur des recherches poussées dans cette direction.

Quand on fait une coupe par l'isthme cérébral, en arrière du corps quadrijumeau postérieur, entre les nerfs trijumeau et pathétique (fig. VII), on peut distinguer deux parties, la partie supérieure de la coupe située au-dessous de l'aqueduc de Sylvius, nommée la calotte (fig. VII *c*), et la partie inférieure, qui répond à la protubérance nommée le pédoncule proprement dit (fig. VII *p*). Le professeur Meynert a démontré, par ses recherches, que la partie supérieure, ou la calotte, est beaucoup moins développée chez l'homme

[1] Gudden, *Ueber die Kreuzung der Fasern in chiasma nervorum opticorum.* (Graefe, *Archiv für Ophthalmologie*, Bd. XX, Abth. II.)

adulte que le pédoncule; chez l'enfant nouveau-né, ce rapport est tout à fait inverse : la calotte est, au contraire, plus volumineuse que le pédoncule.

Meynert croyait que *certains faisceaux de la calotte*, qui, d'après lui, communiquent avec les couches optiques et le corps quadrijumeau, *sont les conducteurs des mouvements réflexes;* les faisceaux du pédoncule, d'après cet auteur, communiquent avec le corps strié, le noyau lenticulaire et la capsule interne, et sont *les conducteurs des mouvements volontaires* [1].

Chez l'enfant nouveau-né, chez lequel les mouvements réflexes prédominent, les conducteurs de ces mouvements (qui siègent dans la calotte) sont plus volumineux que les conducteurs des mouvements volontaires qui se trouvent dans le pédoncule. Chez l'homme adulte, chez lequel les mouvements volontaires sont plus développés, leurs conducteurs sont plus volumineux que les conducteurs des mouvements réflexes.

Si l'opinion de Meynert est juste, nous aurions dû voir chez certains idiots qui ont les mouvements volontaires presque nuls, et chez lesquels les mouvements réflexes dominent, le même rapport entre la calotte et le pédoncule que chez l'enfant nouveau-né.

Ces rapports existent, sans contredit, chez certains idiots. Voilà deux cerveaux, qui appartiennent à deux individus différents : l'un d'eux était âgé de cinquante ans et avait les facultés intellectuelles d'un enfant de dix-huit mois; son cerveau était arrêté dans son développement, et les circonvolutions frontales et pariétales ascendantes étaient comparativement bien moins développées que les autres circonvolutions; chez cet individu, le rapport entre la calotte et le pédoncule était le même que chez l'enfant nouveau-né (fig. VIII, C, P); chez l'autre, enfant de trois ans, qui n'a jamais prononcé des mots articulés, ne reconnaissait pas ses parents et était complètement indifférent à tout ce qui se passait autour de lui, et chez lequel les mouvements volontaires étaient presque nuls, le même rapport entre le pédoncule et la calotte a existé (fig. IX, C, P).

Mais ce n'est pas chez tous les idiots qui ont les mouvements volontaires peu développés, que le pédoncule et la calotte ont de semblables rapports : c'est un troisième cerveau, appartenant à un enfant de quatre ans, qui le prouve; cet enfant n'avait pas de langage articulé, et son développement intellectuel était presque le même que chez l'enfant précédent. Chez cet enfant, le rapport entre la calotte et le pédoncule était inverse : le pédoncule était volumineux, tandis que la calotte était très réduite. La plus grande largeur de la calotte était à la plus grande largeur du pédoncule comme 1,4 est à 2; tandis que la hauteur de la calotte était trois fois plus petite que celle du pédoncule.

L'amoindrissement du pédoncule par rapport à la calotte ne peut donc avoir une importance caractéristique que pour le cerveau de certains idiots, mais pas pour tous; il peut cependant exprimer la liaison qui existe entre le développement de certaines parties des circonvolutions, et certains faisceaux nerveux dans l'isthme cérébral. Dans tous les cas où les lobes frontaux, les

[1] Theodor Meynert, *Studien über die Bedeutung des zweifachen Rückenmarksursprung*, in *Sitzungsberichte der Wiener Academie der Wissenschaften*, October 1869. — *Beiträge zur Theorie der maniakalischen Bewegungserscheinungen*, etc. *Archiv für Psychiatrie*, 1872, p. 622.

circonvolutions frontales et pariétales ascendantes étaient arrêtés dans leur développement, la calotte était plus volumineuse que le pédoncule.

Je n'ai pas encore vu d'exception à cette règle; et l'on peut poser comme axiome, que l'arrêt de développement des lobes frontaux, des circonvolutions frontales et pariétales ascendantes, produit un arrêt de développement du pédoncule si prononcé, que le rapport normal qui existe entre ces deux parties, chez l'homme adulte, devient inverse. L'arrêt de développement des lobes occipitaux et temporaux est accompagné de l'arrêt de développement de la calotte, et du grand développement du pédoncule. Mais, pour prouver ces faits, je ne puis vous citer qu'un seul cas. Tous ces faits démontrent qu'il y a un rapport constant entre l'arrêt de développement de certaines parties des circonvolutions, et certains faisceaux de la calotte et du pédoncule; et nous pouvons profiter de ces rapports pour observer quelles parties du bulbe rachidien et de la moelle épinière sont arrêtées en même temps dans leur développement; d'après ces données, nous pouvons juger de leur liaison réciproque.

Nous voyons par conséquent que cette méthode, aussi bien que les lésions provoquées artificiellement chez les animaux, peut nous servir à poursuivre la direction des faisceaux nerveux dans l'axe cérébro-spinal.

Les résultats de nos observations sont tout à fait d'accord avec les faits que nous fournit l'anatomie pathologique. Il est d'expérience que les lésions (hémorrhagie, ramollissement) des circonvolutions frontales et pariétales ascendantes produisent une dégénérescence secondaire et l'atrophie de certaines fibres nerveuses, dans la partie du pédoncule correspondant; mais quelquefois l'arrêt de développement des lobes frontaux, des circonvolutions frontales et pariétales ascendantes est non seulement accompagné d'un plus grand développement de la calotte que du pédoncule, mais dans un cas (le cas de Motey) la calotte était tout aussi volumineuse que la calotte du cerveau bien conformé (fig. VIII, C), et cependant elle appartenait à un individu âgé de cinquante ans, et dont le cerveau était trois fois plus petit que le cerveau normal.

Cette exagération prodigieuse du développement de la calotte, que peut-elle signifier? Il serait bien téméraire de donner des explications positives à ce sujet; dans tous les cas, elle peut exprimer l'infériorité de l'organisation cérébrale.

Il est très difficile d'affirmer quelles parties constituantes de la calotte s'agrandissent ou s'atrophient avec l'arrêt de développement des lobes frontaux, des circonvolutions frontales et pariétales ascendantes, ou des lobes occipitaux et sphénoïdaux. Le volume des différentes parties constituantes de la calotte, les pédoncules cérébelleux supérieurs, la substance réticulaire (champ moteur, *motrisches Feld*), fibres spinales des régions postérieures (*hinteres Längsbundel*), n'a pas encore été évalué en chiffres à l'état normal. Mais il paraît que la substance réticulaire présente de constantes relations avec l'arrêt de développement des circonvolutions, et c'est surtout elle qui paraît augmenter ou diminuer dans son volume avec l'arrêt de développement, tantôt des circonvolutions frontales ou pariétales ascendantes, tantôt des lobes occipitaux et sphénoïdaux. (Applaudissements.)

SÉANCE PLÉNIÈRE DU VENDREDI 9 AOÛT 1878.

PALAIS DES TUILERIES (PAVILLON DE FLORE).

PRÉSIDENCE DE M. BAILLARGER.

SOMMAIRE. — Adoption du procès-verbal de la séance précédente. — Médecine légale. — DES DÉLIRES INSTANTANÉS, TRANSITOIRES (DÉLIRES PAR ACCÈS), AU POINT DE VUE DE LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS, par M. le Prof[r] Lasègue. — DE L'ÉPILEPSIE LARVÉE, par M. le D[r] Christian. — CONSIDÉRATIONS CLINIQUES SUR LA FOLIE ÉPILEPTIQUE, par M. Echeverria. — SUR LA RESPONSABILITÉ PARTIELLE DES ALIÉNÉS, par M. le D[r] Lagardelle.

La séance est ouverte à 4 heures.

M. LE SECRÉTAIRE donne lecture du procès-verbal de la dernière séance.

(Le procès-verbal est mis aux voix et adopté.)

M. LE PRÉSIDENT. Nous abordons la troisième question du programme. M. le professeur Lasègue a la parole.

DES DÉLIRES INSTANTANÉS, TRANSITOIRES (DÉLIRES PAR ACCÈS)

AU POINT DE VUE DE LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS.

M. le professeur LASÈGUE. Il y a un proverbe qui dit que toute branche détachée du tronc est destinée à périr. Cela est vrai pour la branche de la médecine mentale; elle a besoin de se rattacher au tronc de la médecine générale, sous peine de ne pas vivre.

La communication que je vais avoir l'honneur de vous soumettre est conçue dans cet ordre d'idées, elle a un pied dans la médecine ordinaire et un autre dans la médecine mentale.

Par une chance d'exception, je me trouve en présence d'un auditoire compact et compétent. J'en profiterai pour me borner à un exposé sommaire, en supprimant les pièces à l'appui; votre expérience saura, sans autre démonstration, reconnaître si j'ai tort ou raison.

Les affections cérébrales n'obéissent pas à des lois exceptionnelles, et peut-être comprend-on mieux leur évolution en empruntant ses exemples à d'autres maladies.

Une jeune femme, à la suite d'une couche, est atteinte d'une périmétrite. Les accidents plus ou moins intenses, inutiles à décrire, se prolongent pendant un temps variable, deux à trois mois environ, puis la malade guérit. Est-elle toujours guérie en réalité? Non. Il arrive trop souvent qu'après cette guérison apparente, la malade conserve, à l'état latent, les reliquats de la lésion aiguë; elle entre alors, pardonnez-moi cette expression familière, dans la liquidation de sa faillite utérine. A partir de ce moment, la santé de cette femme n'est plus celle de toutes les autres; sous l'influence d'une cause légère, insignifiante, elle éprouve des douleurs de ventre, des troubles locaux ou généraux, qui ne seront qu'un renouveau de sa première affection. Elle a gardé de cette première atteinte une susceptibilité et des aptitudes morbides auxquelles elle n'aurait pas été soumise sans sa première maladie.

Si ce n'était là que la continuation de la lésion primitive, ce serait la chose du monde la plus normale, et d'aiguë qu'elle était, la maladie serait devenue chronique. Mais le mal s'est complètement suspendu pendant des mois ou des années; il a guéri, dans le sens que l'on attache habituellement à ce mot. Les crises qui surviennent à longue échéance ont des caractères propres; incertaines, indécises, débutant soudainement ou préparées par un jour ou deux de malaise, sans cause, sans raison pathologique appréciable.

Cette femme ainsi transformée a acquis un tempérament pathologique. On pourra dire qu'elle est devenue *périutérine*, et peut-être le sera-t-elle toute sa vie.

Le médecin appelé à la soigner devra toujours avoir présent à l'esprit cet antécédent qui la place dans des conditions qui ne sont pas celles des autres femmes.

Un homme, un employé de chemin de fer, reçoit un coup de tampon; un charretier est renversé par une voiture qui lui passe sur le corps, il en résulte une affection thoracique, une pleurésie, par exemple. Le traumatisme a été le point essentiel de l'affection, comme tout à l'heure l'accouchement, qui est un véritable traumatisme.

Ou il guérira définitivement, ou, à partir de ce jour, lui qui supportait tout, qui s'exposait à une foule de causes nuisibles sans que sa santé en souffrît, il va, quoique guéri de sa pleurésie, entrer dans une catégorie nouvelle. Il aura perdu la solidité de sa santé thoracique, et sera sujet, comme la femme, à des accidents hasardeux, incomplets, trompant aisément les prévisions si l'on ne tient compte de son passé. Lui aussi a échangé sa santé légitime contre une prédisposition maladive qui peut s'imposer à toute son existence.

En résumé, il se peut qu'à la suite d'un traumatisme ou d'une affection spontanée, il reste de la maladie initiale des traces pour fournir occasion à des maladies analogues à la première, mais empruntant quelques caractères particuliers à l'infériorité spéciale de la santé.

Voici une seconde catégorie de faits:

Un enfant naît ou devient bossu aux premiers âges de sa vie. Quel que soit le mode de la déformation, sa poitrine n'est pas plus celle d'un homme correct et sain que la poitrine de celui qui a été écrasé par une roue de voiture. Peu à peu il se fait dans son thorax des compressions étranges; un côté se dilate, un autre se rétrécit. Le poumon dévié, condensé par places, fonctionne mal.

Cet homme, quand il prendra une bronchite, et il en prendra beaucoup, n'aura pas la bronchite des autres hommes, il aura la bronchite des bossus, reconnaissable entre toutes; c'est à ce point que, si vous l'auscultez sans savoir qu'il est bossu, ce qui me paraît difficile, vous pourriez, par la seule étude de sa bronchite, diagnostiquer le vice de conformation du thorax, tant elle diffère, et par sa marche et par ses signes physiques, des bronchites ordinaires.

Ces exemples si simples, si vulgaires, j'ai cru devoir les rappeler comme une sorte de préface à l'étude plus complexe des affections cérébrales.

Des trois modes de début pathologique avec leurs conséquences ultérieures dont je viens de vous entretenir, pas un ne manquera dans les affections cérébrales.

De même qu'il peut se produire, chez les individus dont la santé a été altérée par une affection primitive, périmétrite, traumatisme, scoliose, une maladie seconde en rapport avec cet antécédent, de même il y a des maladies secondes chez les individus dont l'état cérébral a été troublé par des affections encéphaliques antérieures. Ces maladies secondes se présentent encore avec des caractères propres, une séméiologie, une symptomatologie, une pronostication, qui leur sont particulières.

Un enfant du premier âge est dans les bras de sa bonne, elle le laisse tomber. L'enfant s'en trouve un peu éclopé; on le soigne, on lui applique des compresses froides, des sangsues derrière les oreilles, etc. Il est guéri au bout de vingt-quatre à quarante-huit heures, c'est une petite aventure et un petit mal, l'enfant paraît ne plus s'en ressentir.

Mais après quelques semaines ou quelques années, on s'aperçoit qu'il dort moins bien, il est moins gai, bizarre; il a des fantaisies, quelques troubles de santé légers; on n'y fait pas attention, «cela passera avec l'âge», dit-on, et on le met en pension. Rien de particulier jusqu'à l'âge de sept à huit ans, qu'on pourrait appeler celui de la puberté cérébrale, ou jusqu'à l'âge de quinze ou dix-huit ans, époque encore décisive. Il survient alors des accidents cérébraux d'un ordre particulier qui étonnent le médecin, et lui font dire: «Je ne connais pas cela.» Vous prononcez timidement le nom de méningite possible, ou les parents l'ont prononcé avant vous; mais les symptômes indécis ne répondent pas au type des méningites vraies.

Cet enfant est dans les conditions de l'employé de chemin de fer, de la femme en couches; en vertu de sa blessure guérie, il n'est plus comme les autres, et les accidents se produisent chez lui sous des aspects insolites, sans rapport apparent, sauf le siège du mal, avec les accidents qu'il a eus à l'âge d'une année.

Je dois ouvrir ici une parenthèse. Les choses ne se passent pas de même chez un enfant ou un adulte; chez le premier, en effet, un élément nouveau, celui du développement cérébral, intervient et peut changer bien des choses, produire des transformations inattendues, le plus souvent impossibles à calculer ou à prévoir: la question devient plus complexe. Le développement a pu agir, soit en augmentant le défaut qui existe du fait de la blessure, soit en l'atténuant ou même en le faisant disparaître. C'est une sorte de lutte entre ces deux facteurs.

Ces conditions ne se trouvent plus lorsqu'il s'agit d'un adulte. Un homme de vingt-cinq ans fait une chute de cheval; il est jeté à terre, on le relève sans connaissance, il reste dans un état subcomateux pendant une heure ou deux; le chirurgien appelé constate qu'il n'y a ni fracture ni lésion grave; après quelques jours de surveillance, il se retire, et dit que cet homme est convalescent ou guéri.

A partir de ce jour, ce ne sera plus au chirurgien qu'appartiendra le malade, c'est au médecin. Au bout de six mois, un an, dix ans, quinze ans, on vient vous consulter avec l'appréhension de quelque menace cérébrale, la famille vous parle de troubles cérébraux confus, d'accès mal caractérisés; vous même, après le plus attentif examen, vous ne reconnaissez pas les symptômes d'une affection primitive et définie dans cette maladie secondaire, greffée sur une souche autre que celle de la santé. Alors, poussant plus loin l'interrogatoire, vous apprenez qu'à une certaine période de la vie, il y a eu une chute ou une blessure. Ce traumatisme, qu'il ait lésé le crâne ou l'encéphale, a eu pour résultat de faire du cerveau un terrain sans parité avec le terrain cérébral d'un individu indemne.

Si la maladie éclate, elle n'obéira pas aux règles habituelles, et il faudra faire la part délicate du présent et du passé.

Morel, avec sa sagacité habituelle qui avait compris et prouvé l'importance pathogénique des malformations, s'est appliqué surtout à rechercher s'il existait sur les parties molles de la face des déformations en rapport avec les infirmités mentales. Il a cherché et trouvé des indices dans la forme des oreilles, dans la manière dont se contractent les muscles de la face, etc.; il existe un indice supérieur à tous les autres, c'est la configuration osseuse du crâne.

Le crâne vicieusement conformé, et dans certaines conditions qu'il n'est pas impossible de définir, ne se prête pas au fonctionnement cérébral comme le crâne conformé régulièrement. Nous avons tous vu des crânes inégaux, asymétriques, bizarres, chez des hommes intelligents et exempts de perversions nerveuses. Il ne s'agit pas pour moi d'une déformation quelconque. Si la voûte du crâne seule est mal construite, il n'y a pas grand dommage; mais si la déformation crânienne a engagé toute la portion faciale, il n'en est plus de même; la base du crâne est engagée et la portion inférieure du cerveau, dont l'importance est si capitale, subit des compressions incompatibles avec son fonctionnement normal.

Ma conviction profonde est qu'il est possible de déclarer, en examinant son crâne, si un homme est devenu épileptique par le fait d'une malformation. J'ai répété nombre de fois l'expérience; souvent j'ai pris un malade qu'on m'amenait comme atteint d'une épilepsie vraie ou douteuse, et avant tout renseignement sur son passé, par le seul examen de la tête, je disais : « Cet homme est épileptique depuis son adolescence. » On niait quelquefois, mais alors je n'avais qu'à poursuivre mon enquête, et je ne tardais pas à apprendre qu'il avait eu des crises à l'âge décisif où débuta cette épilepsie.

S'il est vrai, et je l'affirme, qu'une déformation osseuse peut donner naissance à de l'épilepsie, une malformation moindre n'arrivant pas au degré de l'épilepsie s'accusera par des crises et des accès plus ou moins analogues à la

maladie comitiale. Je laisse de côté les héréditaires pour ne pas enchevêtrer cet exposé.

Il existe donc une catégorie d'individus touchés cérébralement, et, si vous me passez ce mot, ayant perdu leur virginité cérébrale, sujets, du fait de ce précédent, à des affections cérébrales d'un ordre tout particulier. Je les appelle des *cérébraux*, et le mot, bon ou mauvais, est entré dans notre langue médicale.

Pouvons-nous les reconnaître? Répondent-ils à certains types morbides ayant une marche, des symptômes, un diagnostic spécial? C'est là la question.

Ces malades cérébraux peuvent et doivent être soigneusement distingués des gens nerveux chez lesquels on ne trouve ni l'antécédent d'une lésion traumatique ou spontanée, ni celui d'une malformation. Ces deux classes de malades, si souvent et si malheureusement confondues, n'ont de commun que quelques grossières apparences. Le seul fait d'opposer les cérébraux aux nerveux jette une vive clarté sur la pathologie mentale.

J'aurais voulu suivre, au moins dans leurs formes essentielles, les affections cérébrales secondaires qu'on observe chez les individus frappés par un premier accident encéphalique ayant laissé à sa suite une diathèse morbide.

Cette étude exigerait trop de développements, et je me bornerai à l'exposé sommaire d'une seule espèce, en l'empruntant à la pathologie mentale : *le délire par accès.*

C'est chez les cérébraux proprement dits que se développe essentiellement, sinon uniquement, le mode d'aliénation que j'ai appelé le délire par accès.

Comment les choses se passent-elles?

Prenons un des exemples déjà cités, celui du malade atteint par un choc cérébral sans traumatisme : Un officier a été frappé, pendant une revue, d'un accident que l'on a appelé un coup de soleil; c'est une insolation, mot qui représente trop souvent une pathogénie d'aventure avec laquelle nous contentons les gens du monde, mais dont il est bien difficile que nous nous contentions nous-mêmes. Le malade, en somme, a été frappé par une lésion qui s'est traduite par un simple état de défaillance; tout lui a manqué autour de lui, il a eu un nuage devant les yeux et il est tombé. On l'a ramené chez lui, on lui a appliqué des sangsues; on l'a même saigné, si l'on a été plus hardi; peu à près il était si bien guéri, qu'il a repris son service au bout de quatre jours. Vous avez tenu à le suivre, et après quelques mois vous interrogez son supérieur : «Que pensez-vous donc d'un tel depuis son malaise?» Il arrivera qu'il vous réponde :

«Je ne sais pas, il est tout drôle, ce n'est pas le même homme : je ne lui reproche rien, il fait exactement les choses de son service, mais il me paraît changé.»

Les officiers d'habitude ne sont pas prolixes; ils se contentent de cela.

Interrogez la femme de cet officier; demandez-lui : «Que pensez-vous de votre mari?»

«Rien; cependant je crois remarquer qu'il s'absente beaucoup plus qu'autrefois; le travail lui coûte; il s'est mis à boire ou à fumer avec excès; son sommeil est excessif ou insuffisant.»

En somme, il est resté quelque chose d'inquiétant, une *tare* : c'est un vase fêlé; un jour viendra où vous pourrez constater des symptômes plus accentués, des crises de délire et d'excitation, des troubles multiples dont nous parlerons tout à l'heure.

Autre exemple : Un enfant a été pris de convulsions à l'âge de quatre ou six ans, hors de l'âge où les convulsions peuvent être inoffensives. Ces convulsions se répètent deux autres fois, il n'en est plus question au bout de peu de jours; on le considère comme guéri, mais c'est à tort : à partir de ce moment, il est entré dans la catégorie des cérébraux; vers treize à quatorze ans, il est au collège, on le voit changer tout d'un coup d'habitudes, de goûts ou de caractère; de bon élève, il devient mauvais, il se butte contre les maîtres; on doit même le retirer, pour le prendre à la maison. Là, on finit par en faire un bachelier. La famille se réjouit à la pensée qu'il ne reste aucune trace de sa maladie : c'est encore inexact, il a un point défectueux et ce point, quel qu'il soit, il faut, pour le trouver, le chercher méticuleusement; tantôt c'est une irritabilité sans propos, une incapacité passagère de travail, de la perte de la mémoire à certains moments, de la dépression ou de l'excitation sans motifs, etc.

Un de ces malades, l'officier, l'enfant, devenu un homme, part un jour de chez lui, entre dans une église, y voit un prédicateur, et l'apostrophe grossièrement : «Tout ce que vous dites-là, je le dirais mieux que vous;» puis ce sont des propos interrompus. Il se fâche contre la garde qui arrive à ce moment. On l'emmène dans le corps de garde voisin, où l'on peut constater tous les signes de l'excitation maniaque, du délire aigu. Si l'on va aux informations, on apprend que la veille ou même le matin il faisait son travail comme à l'ordinaire, et c'est à midi que l'aventure lui est arrivée.

Est-ce un épileptique? Jamais de crise, même épileptiforme, ni contractions musculaires, ni écume, ni resserrement de la pupille, ni petit mal vertigineux. Le malade reste ainsi délirant huit ou dix jours; on se décide à l'interner dans une maison de santé, et avant un mois on vous dit : «Il va bien, c'est fini.» Et alors, procédant comme le chirurgien qui a soigné la plaie de tête, vous prévenez la famille qu'elle peut reprendre son mari, son père : il est guéri.

Cette crise ne sera pas la seule: à partir de ce moment cet homme appartient aux crises, qu'elles se manifestent sous la forme physique, ou sous la forme intellectuelle. Un beau jour, en mangeant, il va tomber, on le relèvera, on le portera dans son lit et ce sera tout; ce n'était qu'une crise transitoire comme vous en voyez si fréquemment dans la paralysie générale.

La paralysie générale est, en effet, le type des maladies de cet ordre. Elle débute par un ictus, et il peut s'écouler un long temps avant qu'aucun accident significatif se déclare. Elle procède par secousses : on sent qu'il y a quelque part une lésion qui s'éteint et se rallume.

Ces crises délirantes n'ont ni durée ni forme obligée; au bout de quelques jours ou de quelques semaines, le malade, en apparence guéri, reprend sa vie habituelle. Elles peuvent se produire sous les aspects les plus divers. Tantôt ce sera un accès avec excitation génitale : le malade saute au cou de la première femme qu'il rencontre, l'embrasse et se livre sur elle à des témoignages

d'affection qui excèdent la mesure. Si vous interrogez la famille, elle est sincèrement étonnée, et déclare qu'on ne soupçonnait pas cette salacité chez ce parent.

On ramène le malade chez lui, il reste abattu trois ou quatre jours, et le quatrième jour le délire a disparu.

Chez un autre, ce sera l'ambition; il ira chez son banquier et lui ordonnera de placer son argent sur des opérations de fantaisie.

Quelquefois ce peut être une bonne affaire, et j'ai connu un malade qui a gagné ainsi 100,000 francs en une heure.

On n'hésite pas, dans un cas de ce genre, à prononcer le nom d'une maladie qu'on prononce peut-être trop aisément, celui de paralysie générale, et vous ajoutez: c'est un homme perdu.

Ni la dénomination ni le pronostic qu'elle comporte ne sont fondés. Vous avez bien vu, trop bien même, et au delà du vrai.

Cet homme, dans quinze jours, trois semaines, rentrera guéri chez lui, et quand il vous rencontrera dans la rue, il vous narguera en disant: « Vous m'avez condamné, mais vous voyez que je ne m'en porte pas plus mal. » C'est qu'en effet, ces crises à forme paralytique n'impliquent pas l'existence de la paralysie genérale incurable.

Il se peut que des circonstances accessoires favorisent l'éclosion de ces accès délirants, c'est alors qu'intervient un élément nouveau: l'alcoolisme. Je ne vous l'apprendrai pas, Messieurs, il existe des gens chez lesquels vous n'avez pas les manifestations classiques de l'alcoolisme: pas de tremblements, pas de rêves, de troubles gastriques, etc., et qui cependant ont assez bu pour que des crises de délire puissent se produire à la suite de la boisson, ces gens étant des cérébraux par anticipation. Le malade, qui n'a commis que des excès relatifs, était déjà sous une influence cérébrale; il va avoir une crise analogue mais non identique à celles qu'engendre l'alcoolisme, et pour que cette crise se produise, il suffira quelquefois d'un verre de vin ou deux, pas plus; causes occasionnelles et non déterminantes de sa maladie.

Vous n'êtes pas sans avoir vu dans vos asiles des persécutés qui, un beau jour, au lieu d'entendre des voix qui les injurient, sont terrifiés par des fantômes qui veulent les assassiner, etc.; ces hallucinations, étrangères à leur délire, rappellent celles des alcooliques. Vous interrogez le gardien, ou plutôt vous faites une enquête, et vous ne tardez pas à voir que votre malade s'est procuré de quoi boire, malgré la surveillance.

Ces crises peuvent être ainsi soudainement provoquées, ou tout au moins modifiées dans leurs caractères, par des conditions extrinsèques.

Si maintenant je résume la question, je vois qu'il existe un certain nombre de délires méritant le nom de délires par accès, et qui empruntent, soit au délire épileptique, soit au délire maniaque, soit à tout autre, quelques-uns de leurs caractères, mais à titre de complications et presque de compléments.

La guérison apparente se produit dans un court espace de temps.

Il ne faut pas s'en laisser imposer par les formes, on pourrait dire par les emprunts, de ces délires: ce n'est pas plus de l'épilepsie, que l'éclampsie, par exemple, n'est de l'épilepsie.

Ce seront, si vous voulez, des accidents épileptoïdes; cette terminaison *oïde* s'applique avec justesse à la plupart des manifestations de ce délire.

Je me résume en peu de mots. Lorsque la santé cérébrale a été troublée, ne fût-ce qu'un moment, par une blessure, par une lésion encéphalique, par une malformation du crâne, la guérison n'est trop souvent qu'une suspension des accidents. Le malade, supposé guéri, a acquis une diathèse morbide qui décidera du reste de son existence. Il devient sujet à des désordres physiques et intellectuels, se produisant le plus habituellement sous forme de crises incomplètes, irrégulières, rompant la solidité des lois pathologiques, et que nous devons étudier comme une espèce à part dans le genre des affections cérébrales. (Applaudissements prolongés.)

M. le Président. La parole est à M. Christian, pour la lecture d'un Mémoire.

L'ÉPILEPSIE LARVÉE.

M. le Dr Christian, *médecin en chef de l'asile de Maréville (Meurthe-et-Moselle).* Messieurs, il est d'observation ancienne que, chez les épileptiques, on voit fréquemment survenir un délire aigu qui présente quelque chose de particulier.

Ce délire éclate, en général, sous forme d'accès de fureur qui, instantanément, sans transition, arrivent à leur paroxysme. L'individu crie, chante, s'agite d'une manière désordonnée; il a la face rouge, vultueuse, les traits crispés, le regard brillant, le pouls accéléré. En proie à cette fureur, il devient excessivement dangereux; il mord, il frappe, il brise indistinctement tout ce qui lui tombe sous la main; c'est alors qu'il commet les crimes les plus atroces.

Remarquable, en outre, par sa courte durée, ce délire a été rattaché par les uns à la manie, par les autres à la lypémanie; en réalité, il n'est ni l'un ni l'autre. C'est un état tout spécial qui peut bien tenir de la manie et de la lypémanie par l'un ou l'autre de ses symptômes, mais qui en diffère cependant assez pour que toute assimilation soit impossible.

A tout prendre, la fureur épileptique n'est même pas un délire, au sens propre du mot; car, dans le délire, soit de la manie, soit de la lypémanie, le cerveau fonctionne; il y a des idées qui s'enchaînent avec plus ou moins de logique.

Rien de pareil chez l'épileptique; il n'y a pas d'idées; le cerveau reste inactif. Le malade n'a aucune conscience de ce qu'il fait, de ce qui se passe autour de lui; les actes auxquels il se livre sont instinctifs, non motivés; tout est automatique : il est poussé comme une masse inerte, par une force irrésistible, et quand l'accès est passé, il ne lui en reste absolument aucun souvenir.

En résumé, et en laissant de côté quelques symptômes accessoires, tels que les hallucinations terrifiantes de la vue et de l'ouïe, le délire épileptique a pour caractères essentiels d'être instantané, furieux, impulsif, inconscient.

Mais encore faut-il que ces symptômes soient observés chez un individu notoirement épileptique; encore faut-il que cette fureur puisse être rattachée

à une crise convulsive dont elle est solidaire, qu'elle la précède ou qu'elle en soit la conséquence, et en quelque sorte le prolongement.

Aussi ce délire n'a-t-il été considéré que comme une complication, comme un épiphénomène de l'épilepsie convulsive, jusqu'au jour où, par une hypothèse hardie, Morel en a complètement changé la physionomie et singulièrement élargi le cadre.

Il y aura tout à l'heure dix-huit ans que l'épilepsie larvée est née, car c'est en 1860 que Morel, reprenant une idée qu'avant lui avaient déjà eue plusieurs aliénistes, prétendit que l'épilepsie, au lieu d'affecter les centres moteurs et de se faire jour par une attaque convulsive, peut aussi bien se porter sur les centres psychiques et se traduire par une explosion de fureur ou de manie.

Dans ses termes les plus simples, la théorie de l'épilepsie larvée est celle-ci : *la convulsion remplacée par le délire.* Cette doctrine eut la rare bonne fortune d'être acclamée dès son apparition, et presque sans contestation. Les médecins les plus éminents, non seulement en France, mais en Allemagne, en Angleterre, en Italie, applaudirent aux théories de Morel, lui apportèrent l'appui de leur talent et de leur expérience, et même en exagérèrent singulièrement la portée. Tel fut l'enthousiasme, qu'on ne s'aperçut même pas de la singulière contradiction dans laquelle on s'engageait; tandis que les anatomistes et les physiologistes s'efforçaient de localiser l'épilepsie, de lui trouver un siège précis dans un centre moteur nettement circonscrit de l'encéphale, les aliénistes, au contraire, faisaient du mal caduc la maladie la plus mobile, la plus variable, la plus erratique.

C'est qu'avec l'épilepsie larvée on croyait tenir la clef de l'un des problèmes les plus obscurs de la médecine légale; tous les délires, jusque-là décrits sous les noms de folie transitoire, folie instantanée, etc., et dont, malgré tout, l'interprétation restait difficile et contestée, l'épilepsie larvée les expliquait le mieux du monde. Et l'on comprend que les objections, hasardées par quelques observateurs plus prudents, n'aient pas empêché l'épilepsie larvée de poursuivre glorieusement sa carrière. Aujourd'hui elle a droit de cité dans la science, elle semble y être établie sur des bases indestructibles.

Et cependant, en étudiant de près cette épilepsie larvée, en analysant cette doctrine si ingénieuse et si séduisante, il m'est venu des doutes; ce sont ces doutes que je viens vous soumettre, non sans hésitation, car je me trouverai en contradiction avec quelques-uns de nos maîtres les plus respectés. Mais j'ai pensé qu'ils seraient les premiers à me reprocher de ne pas leur avoir soumis mes objections.

On pourrait tout d'abord critiquer l'expression choisie par Morel : elle n'était pas nouvelle dans la science, qui déjà possédait la syphilis larvée et la fièvre intermittente larvée. Mais s'agit-il ici de phénomènes de même ordre?

Quand un malade, au lieu de présenter les accès régulièrement espacés de froid, de chaud, de sueur, est frappé d'emblée d'une névralgie, d'une congestion pulmonaire ou hépatique; quand, au lieu de passer par la triade des accidents primaires, secondaires et tertiaires, il se présente au médecin avec une lésion viscérale survenue en dehors des conditions habituelles, on dit que la fièvre intermittente, dans le premier cas, la syphilis, dans le second, sont

larvées, c'est-à-dire cachées sous une apparence inaccoutumée. Mais ce qui donne l'éveil, ce qui fait reconnaître la nature véritable du mal, ce ne sont pas les symptômes en eux-mêmes, ce sont des circonstances accessoires, des commémoratifs, quelque chose d'insolite dans le mode d'apparition des accidents, des conditions spéciales de milieu, et par-dessus tout, le traitement, qui sert de pierre de touche.

Pris en eux-mêmes, les symptômes n'offrent rien de spécifique, ne diffèrent en rien de ce qu'ils sont dans d'autres affections. Il y a plus : les antécédents obligés (infection palustre ou vénérienne) ont existé, seulement ils ont passé inaperçus.

Pour l'épilepsie larvée, c'est autre chose. On veut que le délire lui-même serve à la caractériser; on prétend que les symptômes délirants se groupent d'une façon tellement caractéristique, que, sans qu'il soit besoin d'observer un accès convulsif, ils permettent d'affirmer l'épilepsie; et l'on a été jusqu'à dire que l'épilepsie mentale n'est pas plus difficile à reconnaître que l'épilepsie convulsive, jusqu'à nier toute signification spécifique des accès convulsifs.

Voilà pour la théorie : elle est nette et précise. Mais vient-on à étudier les nombreuses observations publiées sous le nom d'épilepsie larvée, on constate non seulement qu'on y a fait entrer les états morbides les plus disparates, dans lesquels manquent presque toujours l'un ou l'autre des symptômes donnés comme pathognomoniques, mais, ce qui est plus étonnant, c'est que le diagnostic se base en définitive toujours sur les accès convulsifs.

Dans une première série de faits, la fureur éclate chez des individus qui, antérieurement, à une époque plus ou moins éloignée, avaient eu des attaques d'épilepsie convulsive, disparues depuis. Je pourrais prendre quelques-unes de ces observations, celle, par exemple, empruntée à Gall et reproduite dans Esquirol, et faire voir qu'il y manque précisément le symptôme essentiel de toute manifestation épileptique, la perte de conscience. Mais cette analyse m'entraînerait trop loin; je me bornerai à cette simple remarque que le diagnostic n'est porté que d'après l'existence antérieure de convulsions épileptiques.

Dans une deuxième catégorie se rangent les cas d'aliénation mentale qui éclate par accès plus ou moins soudains, avec impulsions violentes. On reste dans le doute sur la nature de ces accès, auxquels on reconnaît quelque chose d'insolite, jusqu'à ce qu'un jour on assiste à l'explosion d'une attaque convulsive, d'un vertige ou même d'une simple absence. Alors tout s'éclaire : c'était de l'épilepsie larvée.

Je le veux bien. Mais que serait-il advenu de ce diagnostic, si l'accès convulsif n'avait pas éclaté ou s'il avait passé inaperçu? L'accès convulsif seul a permis de se prononcer.

Reste une dernière série de faits, d'une interprétation plus délicate encore : ce sont ceux dans lesquels l'épilepsie et la folie ont alterné chez le même malade. Un épileptique cesse d'avoir des convulsions, mais il reste fou; on dit que le mal s'est transformé, que l'épilepsie, de convulsive, est devenue mentale.

Mais, avant de conclure ainsi, ne convient-il pas de se demander s'il ne

reste pas des accès incomplets, diurnes ou nocturnes, qui passent inaperçus? Le délire a-t-il les caractères du délire épileptique? Que le même malade soit à la fois épileptique et aliéné, quoi de surprenant, puisque, comme on l'a fort bien dit, tout épileptique est un candidat à la folie? En tous cas, tant qu'on n'aura pas démontré que la folie et l'épilepsie dépendent d'une seule et même lésion cérébrale, on sera en droit de penser que l'une peut disparaître sans que l'autre doive nécessairement disparaître aussi.

Toujours est-il que l'existence antérieure de l'épilepsie convulsive est le seul argument sérieux que l'on puisse invoquer.

Et il ne saurait en être autrement.

Prenez tous les symptômes attribués à l'épilepsie larvée, et vous verrez que, ni isolés, ni réunis, ils ne sauraient avoir une valeur pathognomonique.

L'alternance périodique d'excitation et de dépression est un phénomène banal chez les aliénés; il n'est guère de folie aiguë ou chronique dans laquelle on ne l'observe à un degré variable.

L'instantanéité, la courte durée de l'accès, ne sont pas particulières à l'épilepsie; on peut les observer chez les hallucinés, dans l'alcoolisme, dans l'hystérie, dans la folie puerpérale, dans les états de rêve.

J'en dirai autant des actes instinctifs, impulsifs, qu'on rencontre dans les conditions morbides les plus diverses et qui sont un des phénomènes les plus communs des diverses formes d'aliénation, et des hallucinations terrifiantes qu'on peut rencontrer tout à fait semblables dans d'autres délires.

Un symptôme plus important, puisqu'il est caractéristique de toute manifestation épileptique, c'est l'obnubilation intellectuelle, c'est l'inconscience, c'est-à-dire l'oubli complet de tout ce qui s'est passé pendant l'accès.

Mais n'en est-il pas ainsi dans le somnambulisme, dans le délire alcoolique ou toxique, et même chez des aliénés, qui, sortant de leur délire, sont forcés de convenir qu'ils ne se rappellent rien, qu'ils avaient la tête perdue, etc.

Restent deux signes auxquels les partisans de l'épilepsie larvée attachent une grande valeur: une irritabilité spéciale, anormale, du caractère, et la reproduction constante, stéréotypée, des mêmes symptômes à chaque accès.

Mais le caractère épileptique, quand il existe, n'est qu'un résultat éloigné de l'épilepsie convulsive; il faut, pour qu'il se produise, que l'épilepsie convulsive ait déjà duré un certain temps, et on ne l'observe pas chez tous les épileptiques.

Quant à la reproduction stéréotypée des mêmes symptômes, outre que ce signe n'est pas absolument spécial à l'épilepsie, quelle valeur garde-t-il quand il faut se prononcer sur un accès resté unique?

Soit, dira-t-on; isolés, tous les symptômes n'ont pas une valeur suffisante; mais, quand ils sont réunis, ils acquièrent une signification incontestable!

Prenons donc un accès constitué par la perte de conscience, la semi-stupeur, les actes impulsifs, la fureur aveugle, les hallucinations terrifiantes... Est-ce de l'épilepsie? Et pourquoi pas un délire alcoolique ou du somnambulisme, ou, si c'est une femme, de la folie puerpérale?

En résumé, rien, dans les symptômes psychiques de l'accès, n'autorise à conclure à l'épilepsie; l'accès lui-même, pris dans son ensemble, n'est pas davan-

tage caractéristique. Aussi bien n'aurais-je pas eu besoin de discuter si longuement pour établir ce fait. Il m'eût suffi de citer les auteurs, j'entends ceux qui ont le plus fait pour le triomphe de l'épilepsie larvée. Où cherchent-ils leurs éléments de conviction? Dans les symptômes de l'accès? Nullement. Ce qu'il leur faut, ce sont quelques petits signes accessoires : les morsures de la langue, l'incontinence nocturne d'urine ou des matières fécales, les absences, les congestions passagères, c'est-à-dire des symptômes de l'accès convulsif. Et tant qu'ils n'ont pas découvert l'un ou l'autre de ces signes, ils restent dans le doute.

Même quand ils invoquent l'action du bromure de potassium et qu'ils la comparent à celle du quinquina dans la fièvre palustre, du mercure et de l'iodure de potassium dans la syphilis, c'est encore l'épilepsie convulsive qui est en jeu, puisque les partisans les plus convaincus du bromure de potassium ne lui reconnaissent que la vertu de suspendre les attaques convulsives.

De telle façon, qu'après avoir démontré que l'épilepsie larvée existe, qu'elle a ses symptômes propres, qu'elle n'est pas l'épilepsie convulsive méconnue, mais l'épilepsie transformée, on aboutit à cette conclusion, qu'il n'y a qu'un signe, un seul, qui permette d'affirmer qu'un individu est épileptique, à savoir l'épilepsie convulsive!

Était-ce la peine de créer une nouvelle espèce morbide et de bouleverser l'histoire d'une maladie déjà obscure et difficile à étudier?

Messieurs, j'ai hâte de conclure et de vous soumettre les propositions suivantes :

Il n'est pas démontré jusqu'à présent qu'il existe une épilepsie mentale qui puisse remplacer l'épilepsie convulsive.

L'épilepsie, sous ses manifestations les plus diverses, est toujours une et identique avec elle-même; elle a toujours besoin, pour être caractérisée, de l'*accès,* de l'*ictus épileptique,* complet ou incomplet.

Ne doit être réputé comme délire épileptique que celui qui éclate comme épiphénomène de l'accès.

L'épilepsie larvée n'existe pas ; elle n'est jamais que de l'épilepsie *méconnue.*

S'il est juste de reconnaître qu'un certain nombre de délires instantanés, transitoires, doivent être rapportés à l'épilepsie, on ne saurait cependant généraliser cette proposition. En tous cas, c'est l'existence de l'accès convulsif qu'il faut constater tout d'abord.

(Applaudissements.)

M. le Président. La parole est à M. Echeverria pour la lecture d'un Mémoire.

CONSIDÉRATIONS CLINIQUES

SUR LA FOLIE ÉPILEPTIQUE.

M. le Dr M.-G. Echeverria, de New-York. Messieurs, les aliénistes français, dans leurs récents travaux si remarquables sur les troubles intellectuels des épileptiques, n'envisagent pas certains côtés cliniques très importants de la question, et, pour ce motif, je profite de cette occasion si opportune pour insister sur des caractères typiques, nettement définis, spéciaux à la folie épi-

leptique que j'ai décrits il y a déjà cinq ans, et qui ont dès lors servi pour résoudre avec assurance des cas médico-légaux très graves. N'ayant rien à modifier aux données fondées sur de longues recherches personnelles, qui ont reçu le contrôle d'enquêtes sérieuses par d'autres praticiens, je me permets de vous exposer avec plus de confiance les considérations cliniques sur la folie épileptique soumises en mai 1873 à l'Association des aliénistes américains.

La périodicité des paroxysmes constitue un phénomène pathognomonique prédominant de l'épilepsie, dont l'existence reconnaît pour éléments essentiels l'inconscience, les convulsions musculaires et une mentalité désordonnée. L'enchaînement de ces trois conditions fondamentales ne se montre pas toujours avec une invariable régularité, et de leur plus ou moins grande prédominance dépend la physionomie distincte de l'accès. Aucun de ces trois symptômes isolé ne suffirait cependant à constituer l'épilepsie, pas plus que la manifestation d'un acte insensé ne constitue la folie; mais, dans tous les cas, l'inconscience est si évidente et peut parfois tellement effacer les autres symptômes, que je la regarde comme le cachet de l'affection épileptique.

Il ne sera pas question ici de l'état psychique habituellement associé aux attaques épileptiques, mes remarques étant circonscrites aux désordres intellectuels issus de la névrose convulsive, qui diffèrent matériellement des autres paroxysmes, et que je désigne sous le nom de folie épileptique, proposé, si je ne me trompe, par Morel, et employé après lui par la plupart des auteurs classiques. Les conclusions que je vais énoncer découlent entièrement d'une longue expérience clinique sur plus de 700 épileptiques, dont les observations ont été soigneusement recueillies dans 532 cas, comprenant 267 de folie épileptique notoire, et qui vont nous servir pour examiner ses éléments étiologiques, ses signes distinctifs et ses conditions médico-légales. On comptait parmi ces 267 cas: 141 hommes et 121 femmes, dont la folie avait été précédée par la répétition plus ou moins fréquente d'attaques épileptiques de diverses formes. Les causes déterminantes et prédisposantes ont été connues chez 123 hommes et 104 femmes. Parmi les ascendants de 37 hommes et de 46 femmes, on trouva la folie, la paralysie ou l'épilepsie, cette dernière existant en outre chez les frères et cousins de 23 hommes et 16 femmes, dont les parents étaient exempts de toute névrose; 18 hommes et 24 femmes avaient un de leurs parents épileptique : 8 fois chez les premiers et 15 fois chez les secondes, ce fut le père, et la mère dans le reste des cas moins un, où le père et la mère étaient épileptiques; et tous dans cette série, excepté 6 hommes et 9 femmes, montraient une asymétrie du crâne et de la face très prononcée. Ce chiffre de 42 malades, qui s'élève à une proportion de plus de la moitié de 83 épileptiques chez qui on peut vérifier l'hérédité morbide, ne diffère pas d'ailleurs, en réalité, du degré d'hérédité sans transformation particulier aux autres névroses, dans lesquelles il est de règle d'observer, non la transmission de la maladie sans changement de forme, mais la transmission d'un tempérament nerveux d'où peuvent naître la folie, l'épilepsie, la paralysie, la chorée, les névralgies, etc. Pour rendre cette genèse héréditaire bien plus redoutable, il y a encore, avec l'épilepsie, la malformation congénitale du crâne et du cer-

veau, qui ne se révèle pas d'une manière si singulière ni si fréquente avec la déchéance issue des autres affections cérébrales. Ce sont, en vérité, ces modes de retentissement morbide héréditaire et ces conformations vicieuses congénitales du cerveau et du crâne, qui prouvent sans réplique la destinée presque fatale de la descendance des épileptiques; conviction qui m'a toujours fait proscrire péremptoirement leur mariage.

La prédisposition héréditaire procédait, du côté maternel, chez 28 hommes et 34 femmes; du côté paternel, chez 9 hommes et 6 femmes; et dans le reste, les familles du père et de la mère présentaient une diathèse nerveuse. La consanguinité des parents se trouve notée chez 2 hommes et 1 femme. L'intempérance fut constatée chez les parents de 29 hommes et 21 femmes; enfin, la phtisie existait chez les parents de 18 hommes et 22 femmes, parmi lesquels 7 hommes et 9 femmes montraient aussi une prédisposition nerveuse héréditaire. Je signale la phtisie parce que la tuberculisation pulmonaire accompagne fréquemment l'épilepsie, et sans pousser jusqu'à l'extrême mes vues sur ce sujet, je suis, avec Van der Kolk et d'autres auteurs, convaincu que la folie peut se transmettre en alternant d'une génération à l'autre avec l'épilepsie ou la phtisie, ou *vice versâ;* et le fait trouve, comme il est reconnu par Maudsley, une nouvelle confirmation dans l'étiologie des psychoses criminelles, aussi étroitement liées aux maladies tuberculeuses qu'à celles du système nerveux.

Les causes déterminantes ont été classées chez 86 hommes et 58 femmes, comme il suit:

	Hommes.	Femmes.
Anxiété mentale	9	6
Fatigue et épuisement	5	"
Chagrins	3	6
Peur	7	5
Colère	1	"
Insolation	4	"
Lésions traumatiques à la tête	23	12
Intempérance	29	12
Accouchement	"	1
Grossesse	"	1
Punition corporelle excessive	1	"
Troubles utérins	"	14
Syphilis	5	1
Fièvre?	1	"

Il résulte de ces chiffres que les causes les plus fréquentes de la folie épileptique ont été: la prédisposition héréditaire, l'intempérance et les lésions traumatiques à la tête. La prédisposition héréditaire accomplit presque toujours son évolution avant la puberté, tandis que les deux autres causes agissent principalement à des âges plus avancés. L'épilepsie héréditaire a éclaté pendant l'enfance, quoique bien souvent le travail pernicieux de la névrose spasmodique ait pu progresser d'une manière latente, pour faire explosion plus tardivement dans l'adolescence, de quinze à dix-huit ans. Si le début a lieu pendant l'enfance, l'altération intellectuelle n'avance pas habituellement d'une manière rapide, et la folie ne se complète que dans l'adolescence; mais une irritabilité

excessive, des extravagances intellectuelles et morales, avec mémoire défectueuse et impulsions malfaisantes, deviennent apparentes pendant cette période, sans aboutir néanmoins à une folie confirmée. Ceux-ci ont été, sans aucun doute, mes cas les plus désolants, et quoique une amélioration du désordre mental et des accès ait succédé quelquefois à un traitement persévérant, il est certain que, plus l'époque de l'explosion de l'épilepsie est près de la naissance, plus profond sera l'ébranlement organique et moral, et plus funestes les résultats.

Dans l'épilepsie congénitale, c'est-à-dire lorsque les attaques ont éclaté immédiatement ou peu de temps après la naissance, l'idiotie s'est montrée dès l'enfance, sans aucune manifestation d'activité cérébrale; tous ces individus avaient aussi des paralysies locales, ou quelque difformité organique des membres ou des oreilles, et rentraient, à proprement parler, dans la classe des idiots épileptiques. La forme de leur crâne, prise avec le conformateur des chapeliers, était toujours asymétrique, avec des proportions au-dessous de la normale; la diminution de la tête étant généralement produite, ainsi que son irrégularité, aux dépens des régions crâniennes antérieures, qui déterminait aussi une déviation de la ligne médiane dans la voûte palatine par l'asymétrie du système osseux de la face. Des têtes volumineuses, avec des yeux saillants, ont été remarquées chez ceux atteints d'hydrocéphalie pendant l'enfance, ou d'une diathèse scrofuleuse ou rachitique profonde, et manifestant, avec les difformités crâniennes et organiques des cas antérieurs, un développement incomplet des dents. Je dois ajouter que, huit fois sur dix, les régions frontale et occipitale droites ont été les plus saillantes; qu'il n'est pas rare de constater l'asymétrie dans les muscles du cou et de la région cervicale; et qu'enfin le défaut dans les proportions ne se manifeste pas toujours également sur les systèmes osseux et musculaire de la même moitié du crâne et de la face, la boursouflure frontale se continuant avec une dépression ou atrophie sous-orbitaire, tandis que, du côté opposé, on constate une disposition inverse, avec une véritable asymétrie croisée de la tête et de la face, qui donne à la physionomie la distorsion, *suî generis*, que j'ai montrée dans mes cliniques comme le type du dégénéré épileptique, et qui a été si bien décrite dernièrement par M. Lasègue.

La proportion si élevée des cas produits par l'intempérance dépend en grande partie de ce que la plupart des malades reçus à l'hôpital provenaient des basses classes de la société. Je n'ai pas de doute que, dans ces circonstances, l'intempérance s'est surajoutée dans son action pathogénique à d'autres causes étiologiques méconnues; mais, qu'elle eût opéré seule ou conjointement avec d'autres agents, il a été néanmoins évident qu'elle exerce la plus redoutable influence sur la production de la folie épileptique.

Les lésions traumatiques à la tête ont été une source aussi abondante d'épilepsie avec perversions morales et intellectuelles concomitantes, que de folie indépendante de toute épilepsie chez les autres aliénés confiés à mes soins. Très souvent l'intempérance s'est ajoutée à leur action fâcheuse; j'ai constaté une prédisposition héréditaire entée sur les terribles effets de ces deux causes, chez un cocher, fils d'une phtisique issue d'un père fou, lequel fut affecté d'accès vertigineux avec manie, après une chute sur la tête. Ce malade était

très intempérant, et jamais paroxysmes ne furent plus furieux que ceux qui accompagnaient ses vertiges. Le coup avait porté sur l'angle pariétal postéro-supérieur, et quand le malade entra à l'hôpital, six ans après l'accident, on ne voyait pas de cicatrice; mais le cuir chevelu et l'os, dans l'endroit indiqué, étaient excessivement sensibles à la moindre pression, qui déterminait en même temps des vertiges. Vu l'état déplorable du malade et le succès que je venais d'obtenir dans deux cas de trépanation du crâne, pour extirper, dans l'un, une exostose sur la table interne de l'occipital, et, dans l'autre, un gros caillot implanté sur le cerveau à la suite d'une large fracture avec chevauchement du pariétal droit, je résolus d'avoir recours à ce moyen extrême, et je pratiquai l'opération au commencement d'octobre 1869. Une rondelle du pariétal, de plus d'un pouce de diamètre, fut enlevée, et on y trouva l'éburnation du tissu osseux, épaissi et durci par l'inflammation. Les accès maniaques reparurent immédiatement après l'opération, mais diminuèrent graduellement avant de cesser avec la cicatrisation de la plaie. Libre de vertiges et de dérangement mental, le malade quitta l'hôpital en janvier 1870, et se porta bien jusqu'au mois d'avril, époque à laquelle il reprit son occupation primitive de cocher et ses vieilles habitudes d'intempérance, qui amenèrent une péri-encéphalite mortelle, en juin 1870, sans avoir eu cependant d'accès vertigineux ou convulsifs depuis, comme je l'appris du médecin qui le soigna, et qui fut assez bienveillant pour faire l'autopsie de la tête et me permettre d'examiner l'encéphale. Je ne puis quitter ce sujet sans rappeler une épileptique avec manie, accompagnée d'impulsions homicides très dangereuses, qui fut saisie du haut mal immédiatement après son premier accouchement, et dont le père, épileptique et ivrogne invétéré, assassina sa femme et deux enfants, et fut condamné à l'emprisonnement perpétuel.

Sans exagérer la valeur médico-légale qui s'attache aux conditions étiologiques, j'ai jugé utile de les exposer rapidement à cause du rôle important qu'elles jouent dans la genèse de la folie épileptique. Je dois encore, avant de passer à une autre matière, repousser l'opinion émise par Russel Reynolds, basée sur l'analyse de 34 cas, que le trouble mental des épileptiques n'a pas de dépendance nécessaire avec l'hérédité. Parmi mes 135 malades atteints de prédisposition héréditaire, 83 étaient fous, et les autres présentaient des excentricités de caractère, ou une intelligence imparfaitement développée, avec faiblesse de mémoire, ce qui autorise à admettre une corrélation entre l'hérédité et les troubles intellectuels en question, sans supposer cependant que l'hérédité soit nécessaire pour leur donner lieu.

J'aborde, Messieurs, une question bien plus capitale, celle des rapports entre la folie et les attaques épileptiques. M. Falret, conciliant ses vues sur ce sujet avec celles de Morel, Delasiauve et Cavalier, conclut que le délire survient principalement comme conséquence d'attaques épileptiques répétées à de courts intervalles, après une suspension prolongée de la maladie; ce qui est très exact; mais il reste deux autres circonstances, bien définies, dont notre éminent collègue n'a pas tenu compte, dans lesquelles le délire éclate sans relation avec la fréquence ou la durée de la suspension des attaques, c'est-à-dire après les accès nocturnes et vertigineux, ces derniers étant, sans con-

tredit, les plus funestes pour les facultés intellectuelles. Si je devais tirer une conclusion des cas ici analysés, je dirais que les paroxysmes convulsifs les plus violents sont habituellement les moins accompagnés de délire, tandis qu'au contraire, les accès vertigineux, ou de petit mal, en apparence si légers, à peine perceptibles, ont pour effet très fréquemment des désordres intellectuels; la probabilité de la folie étant plus à craindre avec le haut mal lorsque celui-ci est associé au petit mal.

Il serait erroné de croire que la folie suit nécessairement les attaques somatiques. Laissant de côté, pour le moment, les exemples d'épilepsie larvée ou mentale, sans convulsions visibles, on rencontre un nombre considérable de cas où l'accès s'annonce, non pas par une *aura* intellectuelle, mais par une période maniaque plus ou moins prolongée et d'extrême intensité, particulièrement signalée par MM. Delasiauve, Falret, Cavalier et d'autres aliénistes. J'ai en outre constaté la folie éclatant subitement après la première attaque, pour revenir régulièrement à la suite des autres, chez des adultes qui devaient leur maladie à des lésions traumatiques à la tête, l'intempérance ou la syphilis, et dont les crises ont laissé consécutivement quelquefois des paralysies et même une aphasie passagère. L'association de la paralysie avec l'épilepsie s'accompagne généralement d'une altération intellectuelle marquée, que je n'ai jamais manqué d'observer à marche progressive, et démence réelle et permanente, après l'excitation consécutive aux attaques. Cette observation porte en particulier sur 248 cas, dont 123 sont exclus du chiffre qui sert de base aux résultats ici énoncés, parce que les convulsions épileptiformes et la paralysie constituèrent dès le début la maladie, que je n'ai pas, par conséquent, notée comme épilepsie proprement dite. Ces résultats statistiques, puis-je ajouter, concordent avec ceux de Sir Henry Holland déduits d'une pratique de quarante années, et consignés dans son remarquable rapport sur la compétence intellectuelle de M. Parish, riche propriétaire de New-York.

La folie épileptique, telle que je l'envisage, peut, comme toutes les autres vésanies, se présenter d'une manière intermittente, rémittente, ou continue. La forme intermittente est caractérisée par des accès faisant explosion à des intervalles plus ou moins réguliers de sanité; dans la forme rémittente il n'y a pas de rétablissement complet de la raison entre les paroxysmes délirants; et enfin, dans la forme continue, le désordre intellectuel conserve ses allures, d'un mode permanent, qui n'est pas essentiellement changé par les répétitions des attaques somatiques. Dans son excellent Mémoire sur l'état mental des épileptiques, M. Falret établit une distinction entre le *petit mal* et le *grand mal intellectuel*, rapprochant ainsi les manifestations psychiques et les manifestations physiques de la maladie.

Au *grand mal intellectuel* correspondrait l'état incohérent et violent, décrit comme manie furieuse; au *petit mal intellectuel*, qui dure de quelques heures à plusieurs jours, correspondrait la condition intermédiaire entre les irrégularités de caractère qui accompagnent les attaques en général, et les plus violentes crises de manie furieuse. Dans l'un et l'autre cas, il y a, après l'attaque, un souvenir confus ou un oubli total de ce qui s'est passé, semblable au réveil d'un affreux rêve. Cette distinction si ingénieuse entre le *grand mal* et le *petit mal*

intellectuels, et leur relation respective avec les conditions physiques de l'épilepsie, suppose, comme l'a déjà remarqué M. Delasiauve, une relation qui n'est pas cliniquement constante. Les plus redoutables attaques de fureur que j'ai observées étaient des traces patentes d'accès de petit mal, et leur production n'a pas été exceptionnelle, car elle s'est répétée chez un nombre assez élevé de malades. D'une part, j'ai souvent constaté, après une série d'attaques convulsives, ou de petit mal, soit seules, soit réunies, un état de folie inoffensive, et la plus profonde mélancolie avec stupeur, sans que les réactions violentes du grand mal intellectuel, signalées par M. Falret, se soient manifestées à aucune période.

Les mêmes résultats négatifs ont, d'autre part, apparu en rapport avec les paroxysmes nocturnes. Bien des fois j'ai rencontré, à l'Asile, des épileptiques sans dépression ou stupidité, parlant ou agissant, en apparence, d'une manière rationnelle, mais se trouvant, en réalité, dans un état d'inconscience, sans la moindre appréciation de leurs rapports avec ce qui les entourait; en un mot, dans un paroxysme d'épilepsie mentale, consécutif à des accès diurnes ou nocturnes, ou encore, sans aucun prélude d'attaque physique, et voici des preuves à l'appui de cette assertion.

Un épileptique tombe, pendant deux ou trois jours après ses attaques nocturnes, dans un état de complète indifférence : agenouillé au coin de sa chambre, balbutiant des mots inintelligibles, et entièrement insensible aux incitations externes. Ces symptômes se répètent toujours identiquement, excepté lorsque les attaques sont fréquentes, et alors la stupidité monte à un degré extrême, et il est impossible de faire manger ou boire le malade, qui devient aussi gâteux.

Un autre jeune homme, avec une prédisposition héréditaire provenant du côté maternel, éprouve toutes les trois semaines des attaques nocturnes précédées par plusieurs accès de petit mal. La semaine après, il montre les idées les plus exaltées, se croyant un grand homme, poursuivi par des gens qui veulent le voler, et en même temps il se promène tout nu dans sa chambre, exécutant les actes les plus grotesques et les plus obscènes, il salit toute sa personne avec ses excréments, si on n'a pas la précaution de le contenir pendant ces crises maniaques, dont il se remet après un long et lourd sommeil.

Je présentai à ma clinique, en 1869, une jeune fille qui était devenue épileptique après avoir été mordue par un chien, à la jambe. Les attaques de haut mal déterminèrent des spasmes toniques des bras et furent, trois ans après leur apparition, suivies d'un état de niaiserie qui alternait avec des extases, avec suspension complète de l'intelligence et de la sensibilité. Cette fille, dans une crise mentale, liée à une série d'attaques de haut mal, détacha, avec une épingle à cheveux, toute la gencive sur le bord alvéolaire gauche du maxillaire supérieur, et, en cachette, silencieusement, sans manifester de douleur, s'arracha, d'une volonté délibérée, les six dents qui y étaient implantées, à savoir : deux incisives, la canine, et trois molaires parfaitement saines; et si elle n'avait été surprise par la surveillante, elle aurait fini par s'arracher toutes les dents.

Il est visible, Messieurs, qu'aucun de ces trois exemples ne correspond aux

types présentés par M. Falret, car on n'observa jamais ni excitation ni fureur pendant les crises mentales consécutives aux attaques convulsives.

Je regarde la folie épileptique comme une manifestation *per se*, de la névrose spasmodique, prenant sa source, non dans les attaques somatiques, mais dans les éléments essentiels de la maladie. Les diverses attaques ne sont que des manifestations paroxystiques qui se succèdent les unes aux autres, ou qui existent entièrement seules, séparément, mais toujours rivées à une étiologie commune. Nous ne savons guère pourquoi, dans certaines circonstances, on a affaire à des paroxysmes de petit mal; dans d'autres, de haut mal, et dans d'autres enfin, à des accès nocturnes; nous ne sommes pas non plus mieux renseignés sur le contraste de ces trois formes convulsives, ou somatiques, avec les attaques purement mentales sans phénomènes spasmodiques. Du reste, M. Billod s'est déjà demandé, avec grande raison, s'il n'y avait qu'une forme de folie épileptique, dans laquelle le délire et la convulsion ne sont pas deux maladies distinctes, mais deux manifestations diverses d'un même état morbide, qui peuvent exister séparément ou simultanément, alterner ou se succéder à courts intervalles, mais qui ont au fond la même signification pathologique. Par toutes ces raisons pratiques, au lieu de prétendre établir une relation immédiate de cause à effet, impossible à démontrer entre les paroxysmes intellectuels et physiques, j'ai considéré comme plus clinique et plus naturelle la division de la folie épileptique en intermittente, rémittente et continue, regardant l'inconscience et une excessive susceptibilité réflexe comme les principaux signes caractéristiques des trois variétés, capables d'éclater seules, ou jointes aux autres formes de la névrose épileptique. Dans certains cas, la stupidité profonde, ou la pseudo-catalepsie du fou épileptique, s'opposent à la réaction réflexe que détermine la génération des impulsions violentes, mais je suis encore à trouver un exemple de véritable épilepsie, sans qu'il y ait existé, d'une manière visible, l'inconscience. Si, d'autre part, nous regardons les attaques où le trouble mental se réduit au délire, l'inconscience devient plus que patente dans la stupeur, signalée avec justesse par M. Delasiauve comme l'accompagnement caractéristique du délire épileptique.

La folie épileptique intermittente succède ordinairement, mais pas toujours subitement, aux attaques convulsives, ou en est l'accident avant-coureur; et dans plusieurs cas encore, la décharge convulsive éclate au milieu de l'accès de folie, comme un phénomène intercurrent, de même, par exemple, qu'éclatent les convulsions épileptiques au milieu du délire alcoolique. L'attaque mentale intermittente peut enfin se développer spontanément sans liaison prochaine ou éloignée avec les crises somatiques. Je ne veux pas vous fatiguer en répétant ici les détails, par trop connus, de la manie qui accompagne les attaques épileptiques; et, lorsqu'elle prolonge l'accès de grand mal, l'épileptique passe d'une manière soudaine de la période clonique à la période maniaque, sans transition ou état intermédiaire de sommeil ou de coma. Je dois cependant noter que cette crise maniaque, mais non les impulsions brusques, irréfléchies, qui en jaillissent, se dissipe rarement en moins de deux ou trois heures; il arrive de plus qu'au lieu de se terminer, elle apparaît un, deux et même trois jours après l'accès convulsif; il n'est pas rare enfin

que l'épilepsie mentale intermittente atteigne ses degrés ultimes sans la moindre évidence de phénomènes spasmodiques.

L'épilepsie mentale intermittente, dont je vous entretiens ici, correspond à la forme *larvée* de l'illustre et regretté Morel. La description qu'il nous en a laissée, et ses dernières remarques lors de l'intéressante discussion sur ce sujet à la Société médico-psychologique, établissent que l'explosion de l'accès convulsif trahit toujours la véritable nature des attaques larvées; ou, pour répéter la pensée de Morel, que cette classe de malades arrive, après un temps plus ou moins long, à l'attaque convulsive et à la mort. Ceci, Messieurs, est certainement une conclusion trop absolue, car plusieurs de mes observations montrent l'épilepsie larvée, ou mentale, à la période finale, sans aucune attaque convulsive, le malade mourant de congestion cérébrale dans un profond coma.

Le grand danger avec les épileptiques provient de leurs impulsions morbides plutôt que de leur dérangement intellectuel. Un surcroît anormal de leur faculté réflexe les force à agir soudainement, et de cette source découlent tous leurs actes criminels, par réaction involontaire aux incitations physiques ou morales. Leurs idées obsédées par les sensations exagérées de la condition hypéresthésique où ils tombent, les portent nécessairement à des actes irrésistibles, toujours soudains et instantanés, à cause de l'ébranlement éprouvé par l'activité des fonctions cérébrales, qui ôte à la volonté son contrôle sur les impressions ou sentiments ordinaires, ainsi que le libre essor à leurs conceptions anormales. Sur ce point, je répète, avec Morel, qu'il n'y a pas de folie instantanée, mais des actes pervers instantanés, en rapport avec les effets de quelque forme de maladie mentale manifestée par les parents de l'inculpé; et je porte encore plus loin ma pensée, car, sans me restreindre uniquement à l'hérédité, je rattache de pareilles impulsions instantanées à quelque forme d'épilepsie méconnue, rendue cependant évidente par les antécédents de l'invidu, et des signes physiques que je vais bientôt décrire, comme je l'ai démontré dans un travail, publié en 1873, sur les accès vertigineux et nocturnes dans une série de cas, très embarrassants, étudiés dans leurs rapports avec les actes de violence auxquels ils avaient conduit. Ces observations ramènent la manie transitoire, instantanée, à la seule base évidente et solide sur laquelle on puisse l'établir, sans encourager l'abus si fréquent qu'on en fait pour disculper des criminels responsables, et sont en même temps importantes pour nous rendre compte des penchants pervers des épileptiques avant le développement de la folie. Et ces considérations sont si justes, que l'analyse attentive des cas réputés comme manie transitoire montre que la plupart étaient d'épilepsie, ou folie épileptique, non soupçonnée. Il convient d'ajouter à cet égard que, plus l'excitation et l'incohérence seront considérables, et plus l'épileptique maniaque restera dégagé d'impulsions fâcheuses ou de violences, ordinairement engendrées par les hallucinations et sensations morbides qui couvent sourdement à un haut degré sous les formes en apparence inoffensives et plus calmes d'épilepsie mentale.

Il est étrange, en vérité, que les aliénistes aient attaché si peu d'importance à l'état d'inconscience, signalé cependant dans leurs observations, et qui constitue la principale caractéristique de l'épilepsie mentale à tous ses degrés.

La seule allusion distincte au phénomène que j'ai trouvée apparaît dans le Traité classique de médecine légale de mon très estimé collègue le Dr Ray. « Une telle perte de conscience, dit-il, n'est pas si éloignée du désordre psychique ordinairement attribué à l'épilepsie, qu'elle puisse être très improbable, » et cette supposition est ajoutée, par incident, aux remarques sur les trois épileptiques Fyler, Bethel et Winnemore, qui commirent l'homicide, étant dans un état d'inconscience, non immédiatement précédé d'une attaque. On n'eût pas de preuves que pareille condition existât auparavant avec Fyler et Bethel, mais Winnemore raconta qu'un jour il rama pendant plusieurs heures dans la rivière, sans être conscient, et qu'il en fut informé par ceux qui l'avaient vu. La vérification d'une attaque d'épilepsie mentale ne pourrait être plus frappante que dans ce court récit, et il ne me reste qu'à vous fournir, sans plus de réflexions, les preuves incontestables, justifiant l'importance capitale que j'attache à l'inconscience. J'esquisserai d'abord quelques exemples, où l'attaque mentale ou d'inconscience survint précédée par des accès nocturnes ou de petit mal, en commençant par un des plus extraordinaires.

Un jeune homme, après une chute d'une hauteur de quinze pieds, devient épileptique avec petit mal. Un soir, après une de ces attaques, il sort de chez lui, et va, dans un cabriolet qu'il trouve arrêté devant une maison dans une des rues voisines, au tombeau de son père, situé à un mille et demi de Washington, où se passa la scène, arracher les fleurs qui y étaient plantées pour les apporter à sa mère, qu'il invite à faire une promenade en voiture. Interrogé comment il s'était procuré la voiture, il répond l'avoir trouvée perdue dans la rue. La mère lui ordonne de partir sur-le-champ déposer le cheval et la voiture dans une remise pour chercher leur maître; mais, au lieu d'obéir, il va les placer dans une écurie connue lui appartenant. Le propriétaire de la voiture ne tarde pas à la retrouver et à poursuivre le jeune homme pour vol. Devant le juge, il comparut le lendemain, incapable de rendre compte de sa conduite de la veille, dont il avait complètement oublié les circonstances. Quelques mois après, étant à New-York, il quitte la maison maternelle, après une de ses attaques, et, vagabondant le long des quais, il rencontre un agent qui l'engage comme matelot dans un navire prêt à faire voile pour Londres. Le contrat fut dûment exécuté, et, après avoir laissé à l'agent presque toute sa paye et quelques objets qu'il portait sur sa personne, il s'embarque pour l'Angleterre. Le capitaine découvrit tout de suite qu'il n'était pas marin, et, le trouvant très bizarre, lui interdit de monter aux mâts, et lui assigna une besogne légère. Quelques jours, trois ou quatre, après le départ, au réveil de cet état d'inconscience, il exprima le plus profond étonnement de se voir à bord d'un vaisseau en pleine mer, allant à Londres, et ne se rendant nullement compte de ce qui lui était arrivé. La mère découvrit par la police le départ de son fils, et prit des mesures pour le ramener à New-York. Placé à l'Asile, il y eut plusieurs accès semblables d'épilepsie mentale, précédés par des attaques de petit mal, et nocturnes, jusqu'alors inaperçues. Il devenait, dans leurs intervalles, très doux et raisonnable, mais était, pendant les crises, très méchant, toujours en mouvement, et enclin à des violences.

Une demoiselle de vingt-huit ans éprouvait, depuis l'âge de la dentition, des attaques graves de grand et petit mal. Son père et sa mère étaient aliénés. Quand elle fut placée sous mes soins, le grand mal avait pris, depuis cinq ans, un caractère nocturne et se répétait uniquement à la période menstruelle; mais, en revanche, le petit mal avait augmenté d'intensité. Les facultés intellectuelles, dérangées à ces époques, ne présentaient aux autres que des bizarreries, avec irritabilité impulsive, reconnaissable seule-

ment pour les personnes qui observaient cette femme de près. Après ses attaques de petit mal, elle tombait dans un état très curieux, parlant et discutant avec une verve et une finesse qui ne lui étaient pas naturelles; relatant, avec la plus grande exactitude, des passages de la Bible, mais écrivant les lettres les plus étranges et les plus incohérentes. Dans ces crises, elle agissait constamment comme si elle prêtait l'oreille à quelque chose, s'arrêtant soudainement dans ses conversations pour en prendre l'attitude mimique, devenait aussi très destructive et agressive envers ceux qui la touchaient, oubliant les noms des personnes les plus familières, mais répondant juste et avec cohérence à leurs remarques. Cette transformation persistait deux ou trois jours avant les attaques nocturnes, après lesquelles elle restait affaissée, sans souvenir des actes accomplis.

En juin 1873, je fus désigné par l'autorité judiciaire pour examiner l'état mental d'un jeune homme de dix-huit ans, appartenant à une famille respectable, lequel avait été arrêté à 2 heures du matin et conduit à la prison des Jombs, à New-York. Errant inconscient, à une heure si avancée, sur une des avenues de la métropole américaine, il rencontre un filou de profession qui l'emmène avec lui, et, peu de moments après, enlève à un passant le porte-monnaie et une montre en argent, qu'il donne au jeune homme avec ordre de se sauver pour les lui rapporter après. L'ordre fut bientôt exécuté, mais, au lieu de s'adresser en revenant au voleur, le jeune homme remit automatiquement les objets volés à un agent de police, accouru aux cris d'alarme. A la prison, il assura qu'il n'avait pas connaissance de ce qui s'était passé, ni de la complicité dont on l'accusait. A mon examen, j'appris d'abord par sa mère, que l'aïeul paternel était mort paralytique, qu'un oncle maternel était fou, et que le père, peintre de talent, avait succombé à une maladie de Bright, consécutive à des excès alcooliques. A l'âge de seize ans, ce jeune homme fut saisi d'évanouissements suivis de grand mal, avec morsure de la langue. Sa tête est irrégulière et très petite; il se plaint de vertiges, et quelquefois d'incontinence nocturne d'urine; mais d'habitude il reste éveillé toute la nuit, croyant sa chambre entourée par des personnes faisant du tapage et qui en ouvrent la porte pour le regarder. Souvent il se met à chanter comme un coq; il s'imagine être persécuté par ses parents, et menace de tuer sa mère, lui disant qu'il le fera à la première occasion. Il devient quelquefois violent jusqu'au degré d'exiger qu'on le mette en restreint; il parle grossièrement, est menteur, s'enivre fréquemment, et sa conduite est dépravée. Les accès se terminent par un sommeil de plusieurs heures, ordinairement préludé par des vertiges ou un fort mal de tête. Il était très pâle, et se plaignait de ne pas être bien portant, le soir de son arrestation, lorsqu'il eut un évanouissement. Son front, d'après le témoignage de sa mère, était alors couvert de pétéchies, et, trois jours avant, on le ramena à la maison, étant tombé dans la rue, de haut mal. Il agit d'une manière inconsciente après les attaques, riant bêtement à toute parole qu'on lui adresse. Il a plusieurs fois quitté sa maison pendant les accès d'épilepsie mentale. Un an avant mon examen, il disparut de chez lui et fut trouvé longtemps après à Red-Bank, dans l'État de New-Jersey, se conduisant d'une manière très bizarre, et incapable de rendre compte de ses propos. Deux ans avant cette crise, précédée par une attaque de grand mal et par des attaques nombreuses de petit mal, il partit, après un incident identique, et resta absent pendant plus de deux mois avant que sa famille découvrît sa demeure. Pendant tout ce temps il voyageait vers l'ouest, et s'arrêta à Chicago, mais ne fut jamais capable de décrire les villes qu'il avait traversées, et avec complète amnésie des actes qu'il avait accomplis. En vue de tous ces faits, il fut, sur mon rapport, déclaré irresponsable, et transféré à l'asile d'Utica.

Je passe maintenant à une autre catégorie de cas de la plus haute signifi-

cation clinique et médico-légale, puisqu'ils démontrent l'épilepsie mentale pure, sans mélange d'attaque convulsive.

En 1867, je donnais des soins, avec mon savant ami le Dr L. B. Edwards, de Richmond, à un monsieur de trente-cinq ans, épileptique depuis la puberté, avec accès de manie furieuse qui duraient trois semaines après le grand mal. Son état s'améliora beaucoup par notre traitement, et le grand mal se transforma graduellement en vertiges fréquents, accompagnés, au début, de monomanie religieuse et refus obstiné de parler. Après quelques mois de séjour à Nova-Scotia, il revint à New-York en 1871, se croyant guéri, quoique très bizarre dans sa conduite, à des époques périodiques. Il n'avait pas eu d'accès vertigineux pendant seize mois, et ce fut leur plus longue suspension; mais, toutes les trois semaines, il perdait la mémoire des choses les plus communes, interrogeant sans cesse sur des bruits qu'il entendait, ou insistant avec obstination pour sortir, errer sans but pendant des heures, ou visiter des inconnus, et faire des achats inutiles, ayant été une fois arrêté pour avoir assailli un employé qui refusait de lui laisser emporter, sans payer, des étoffes qu'il avait choisies, et causant sans cesse des ennuis à ses frères, par les objets qu'il commandait et qu'il refusait de payer quand on les lui apportait, en niant qu'il les eût achetés. Il agit, pendant ces paroxysmes, d'une manière, en apparence, rationnelle, répondant avec cohérence, pour oublier ensuite ce qu'il dit, et répétant les mots ou les questions qu'on lui adresse avec un léger mais très manifeste tressaillement des muscles faciaux et de la main. Ces crises se dissipent après un sommeil de plusieurs heures, dont le malade se réveille sans le moindre souvenir de cette phase de son existence.

Un jeune homme de dix-neuf ans, ayant un cousin épileptique, souffrait depuis six ans de grand mal consécutivement à un coup de soleil. A mon examen, les attaques, dégénérées, depuis une année, en vertige avec frémissement des muscles faciaux, avaient fait place à une complète inconscience de quelques heures, et même de toute une journée, avec affaiblissement de l'intelligence et de la mémoire. La première évidence d'inconscience qui attira l'attention fut la suivante : quittant le bureau de son père, où il était employé, il alla chez un commerçant avec qui celui-là faisait de grandes affaires, lui dire qu'il ne devait point compter sur le payement d'une facture à règler par son père, et qu'il voulait avoir les derniers prix de certaines marchandises pour les lui remettre avant 4 heures de l'après-midi. La surprise qu'une pareille démarche inattendue causa au père fut de suite regardée comme une preuve de folie soudaine. Une autre fois il partit de grand matin de Mott-Haven, où il demeurait, chez un oncle, qui, étonné de sa conduite et des nombreux projets commerciaux qu'il formait, le ramena à ses parents. Les attaques de grand mal diurnes et nocturnes firent complètement défaut à l'époque de ces crises, après lesquelles le malade recouvrait son état normal, sans pouvoir expliquer ni rappeler ce qu'il avait fait.

Une dame, qui me fut envoyée par mon collègue le professeur Ch. Budd, avait des attaques nocturnes méconnues probablement dès l'âge de la puberté, dans laquelle elle devint sujette à des évanouissements. Elle se maria, et, dans le voyage de noce, fut saisie du premier accès de grand mal, au sommet de la tour dans le cimetière de Mount-Auburn, à Boston. Elle éprouvait, lorsqu'elle me consulta, des vertiges, précédés par une flamme de feu, comme un éclair; sa mémoire diminuait rapidement, et elle se plaignait de «ne pas être elle-même, toute folle, sans volonté, possédée d'impulsions pour tuer sa fille», et ne pouvant pas les dominer, elle confia l'enfant à sa mère. Je noterai, en passant, que cet enfant ne tarda pas à devenir paraplégique et fut incapable d'articuler un mot. Le traitement suspendit les attaques de petit mal, et cette

dame eut un second enfant. Après les couches, le grand mal reparut pour être bientôt remplacé par des attaques d'épilepsie mentale, d'autant plus intenses que leurs intervalles étaient plus considérables. Dans un de ces accès, et n'ayant pas eu de grand mal pendant plusieurs semaines, cette dame alla dans la chambre de sa fille paralytique, ordonna à la nourrice d'en sortir, et aussitôt qu'elle fut seule, elle introduisit les doigts de sa main droite dans la gorge de l'enfant, et l'aurait étouffée si la nourrice, craignant quelque malheur, ne fût pas accourue aux cris de l'enfant. La mère prétendit qu'elle transmettait son électricité pour guérir l'enfant de sa paralysie et la faire parler, et devint furieuse quand on la fit sortir de la chambre de sa fille. Deux heures après, elle s'endormit et ne sut pas, en se réveillant, l'acte qu'elle venait de commettre.

Un jeune homme de vingt ans, amené de la prison des Fombs à l'Asile, fut incapable de fournir aucun renseignement sur lui-même, jusqu'à plusieurs heures après son entrée. On apprit alors qu'il demeurait à Hartford, avec sa mère, et qu'il était sujet à des attaques nocturnes. Il ne put pas expliquer pourquoi il était parti de Hartford, ni ce qu'il y avait fait avant de s'embarquer dans le bateau à vapeur, où il fut saisi d'un accès le matin, de très bonne heure. Il arriva à New-York, tout à fait incohérent et hébété, et dut être arrêté par la police. A l'Asile il eut plusieurs attaques d'épilepsie mentale, pendant lesquelles il devenait très impulsif et dangereux. Un matin, après le lever, il assaillit un autre malade qui lui avait adressé quelques mots, et lui jeta un vase à la figure en le blessant. Les accès d'épilepsie mentale duraient deux ou trois jours, sans être toujours préalablement déterminés par les paroxysmes nocturnes, et pendant leur durée il agissait automatiquement, sans en avoir après le moindre souvenir.

Je dois encore signaler un dernier exemple, où il aurait été impossible de reconnaître la vraie nature de la folie, sans preuve antérieure de l'affection épileptique, dont elle démontre également les transformations multiples.

Une Allemande devint épileptique à l'âge de treize ans, lorsque s'établit la menstruation. Son père mourut paralytique et l'était déjà à sa naissance. Le grand mal se répétait au début toutes les quatre semaines, avec les règles, et le reste du temps elle avait des évanouissements. A l'âge de vingt-deux ans, son intelligence devint si dérangée qu'il fallut la placer dans un manicome en Allemagne, d'où elle sortit au bout de deux ans, guérie de sa folie. Elle resta trois ans sans grand mal, avec des évanouissements moins fréquents, jusqu'à ce que, un matin, elle se réveilla entièrement hébétée, sans répondre à aucune question, et, en un mot, incapable de toute action volontaire. Il fallait la lever et la coucher, la nourrir ; elle laissait échapper ses excréments et ses urines. Au lit, elle s'endormait dans la position où elle était mise, et, quand on l'éveillait, ses yeux restaient fixes, avec les pupilles dilatées et une apparence vitrée, éteinte. Dans cette condition, on ne pouvait pas provoquer des réactions réflexes, et, au bout de quatre ou cinq jours, la malade se réveillait dans son état normal, sans aucune appréciation de son attaque. Ces paroxysmes singuliers se répétaient périodiquement, à des intervalles de trois ou quatre mois, alternant avec des attaques de manie qui duraient un ou deux jours, pendant lesquels la malade devenait tapageuse et inquiète, déchirant ses vêtements, mais ne présentant, ni avant ni après ces crises, aucun accès physique. C'était assurément là un cas typique de folie circulaire, et la malade éprouva un soulagement considérable avec le traitement, sans être tout à fait débarrassée de ses attaques vertigineuses.

Je pourrais, Messieurs, multiplier les exemples puisés dans ma clinique, en y ajoutant d'autres non moins confirmatifs cités par divers aliénistes. Le jeune homme de Rouen, traduit aux assises pour avoir porté à un de ses

amis un coup si violent avec un pilon de pharmacie, qu'il avait failli le tuer, et dont l'observation est relatée par Morel; l'officier du chemin de fer et le maréchal ferrant examinés par M. Lasègue; le menuisier qui était allé à soixante lieues de son domicile et en était revenu sans savoir pourquoi, dont l'observation nous a été rapportée par M. Tardieu; le cas non moins typique de Postula, qui a tant occupé l'attention des aliénistes français, et qui a été si bien décrit par Berthier; la femme observée par M. Pivion à la Salpêtrière, et qui, armée d'un couteau de cuisine, avait essayé de mutiler son mari couché à côté d'elle; l'Anglais dont nous devons l'histoire à M. Semelaigne, qui, placé à la tête d'une entreprise considérable, et n'ayant jamais paru malade, présenta tout à coup divers accès qui finirent par le suicide; l'épileptique à l'Asile d'Utica, cité par mon savant ami le Dr Gray, qui, pendant un accès d'épilepsie mentale de quatre jours, se fractura le bras, et ignorait, après, entièrement les circonstances dans lesquelles l'accident lui était arrivé ainsi que les remarques, en apparence rationnelles, qu'il en fit, et les actes qu'il accomplit pendant cette longue crise; et enfin le cas, réputé sans précédents dans la science par M. Legrand du Saulle, de cet individu qui alla se suicider, en novembre 1875, à la porte de l'appartement de sa femme, et qui, entre autres bizarreries, fit des voyages à Marseille, et du Havre à Bombay, dans un état d'inconscience identique tout à fait à celui de nos malades qui s'embarquèrent l'un pour Londres et l'autre pour Chicago; tous ces exemples récents et beaucoup d'autres qu'il me serait facile d'emprunter aux annales de la psychiatrie, de même que cette catégorie d'épileptiques diffus imaginée par M. Legrand du Saulle pour classer des individus qui ne sont, dit-il, ni convulsifs, ni alcooliques, ni délirants, mais qui sont cependant épileptiques moins les accidents comitiaux, alcooliques moins l'intoxication, et délirants moins la déraison; tous ces cas, Messieurs, ne sont autre chose que, je le répète, des exemples clairs d'épilepsie mentale dans lesquels l'inconscience domine les autres phénomènes somatiques.

L'épilepsie mentale spontanée, sans rapport immédiat avec des accès physiques, est d'un diagnostic épineux, et correspond à l'épilepsie larvée de Morel, épilepsie psychique de Kraft Ebing, que je désigne par ce nom, déjà plusieurs fois répété, d'*épilepsie mentale*. C'est au génie de Morel que nous devons indiscutablement les premiers renseignements pour préciser nos connaissances sur cette extraordinaire manifestation mentale de la névrose épileptique. Cependant, il y a juste un demi-siècle que, dans un ouvrage toujours plein de très utiles informations sur les causes, formes, symptômes et traitement de la folie, George Man Burrows, en parlant des complications de cette dernière avec l'épilepsie, dit : « Il semblerait que l'impulsion épileptique, lorsqu'elle ne se termine pas en convulsions, agit sur le cerveau d'une manière spéciale, déterminant cette action particulière nommée manie épileptique. » Changeons ces deux derniers mots par *épilepsie mentale* et nous en aurons la plus concise définition.

L'épilepsie mentale implique une période avancée de la névrose, mais peut survenir à toute époque de son cours, même lorsqu'il s'effectue d'une manière larvée, ou sourdement. Desmaisons rapporte un exemple dans lequel les attaques convulsives avaient cessé depuis plus de quarante ans, l'individu continuant à

avoir, tous les printemps, des accès d'épilepsie mentale, dans un desquels il tua sa vieille mère, sans aucun motif. M. Falret cite aussi un épileptique, en apparence libre d'attaques depuis vingt et un ans, qui fut soudainement pris d'impulsions homicides violentes, qui rendirent nécessaire sa reclusion. Chez un de mes malades, la pyromanie avec ses attaques mentales survint huit ans après cessation du grand mal.

Les cas que je viens de présenter montrent la véritable origine de l'affection et des attaques transitoires d'épilepsie mentale, regardées par quelques aliénistes français comme une forme incomplète ou anomale de folie. Pourquoi les attaques d'épilepsie mentale sont-elles plus prolongées que les convulsions? C'est une question qui s'offre à l'esprit et dont la réponse saute aux yeux. La faculté réflexe de la moelle épinière ne peut pas être mise en action plusieurs fois de suite sans s'épuiser; il n'en est pas de même de la cérébration, ou activité cérébrale, qui s'opère sans intermission, est par suite capable d'être ébranlée par la secousse épileptique, de la même manière périodique, mais sans s'effacer complètement dans cet état d'inconscience qui lui est propre, ou, comme le veut Maudsley, assujettissant l'esprit à cette singulière variation anormale. Je suis convaincu, Messieurs, que dans ces cas, la convulsion musculaire existe non moins, et aussi répétée que dans les autres attaques somatiques, représentée par les mouvements tumultueux, l'extrême loquacité et les impulsions instantanées du malade, s'effectuant ainsi par l'excitation corticale et par cette loi physiologique d'après laquelle toute cérébration consciente ou inconsciente s'exprime toujours périphériquement par une action motrice volontaire ou involontaire, comme le confirme à l'évidence l'aveugle sourde-muette congénitale, Laura Bridgeman, qui, ayant appris à parler par la mimique des mains, ne peut rien songer, ni même rêver, sans que ses mains trahissent à l'extérieur les secrètes pensées du fonctionnement de son cerveau.

J'ai dit tout à l'heure qu'une investigation attentive de l'histoire de la manie transitoire prouvait que la plupart des cas avaient une étiologie épileptique; j'affirme davantage: les exemples les plus typiques de monomanie instinctive, manie sans délire de Pinel, Esquirol, Georget, Conolly, Prichard, et d'autres, que j'ai rencontrés, ont été chez des véritables épileptiques; par conséquent, je crois, avec Berthier, que nous regarderons bientôt la monomanie instinctive comme une forme d'épilepsie, reconnaissant son origine dans une lésion du sympathique, dont j'ai été le premier à démontrer l'existence constante dans l'épilepsie par des recherches histologiques confirmées par celles de Clouston en Angleterre, et les importantes études microphotographiques du Dr Gray, en Amérique.

Je glisse sur les formes rémittentes et continues de la folie épileptique, accompagnées en général de démence, imbécillité, ou de symptômes pareils à ceux de la paralysie générale. Ces formes ne sont pas embarrassantes dans leur aspect médico-légal, et contribuent largement à grossir la proportion d'aliénés incurables qui encombrent les asiles. Quant au diagnostic différentiel de la paralysie générale, bien souvent marquée au début par des convulsions épileptiformes et l'épilepsie avec paralysie générale progressive, il est facile à établir. En dehors des prodromes spéciaux à la dernière, l'épileptique parétique,

comme l'a très bien posé M. Delasiauve, montre rarement le délire ambitieux joint à l'inconsistance que l'on voit fréquemment chez les parétiques; ce qui prédomine dans celui-là, c'est l'incapacité d'action avec confusion plutôt qu'incohérence intellectuelle, conservant toujours une certaine conception pour accomplir les actes ordinaires de la vie, sans être, à proprement parler, déraisonnant; et quel que soit, enfin, le degré d'altération mentale, les cas de paralysie générale consécutive à l'épilepsie ont une physionomie de famille, si peu variable, qu'il est impossible de s'y méprendre dans leur diagnostic.

Je ne dois pas oublier les sentiments religieux de la monomanie religieuse si frappants, qui ont marqué les premières périodes de la mentalité désordonnée chez mes épileptiques, sur lesquels j'ai insisté dans mes leçons cliniques, et dont Morel, depuis 1860, signala spécialement la valeur, quoique Howden avance que cette particularité, dans la condition mentale des épileptiques, était restée inaperçue avant qu'il y appelât dernièrement l'attention dans un très intéressant travail. Contrastant à l'extrême avec ces sentiments religieux exagérés, j'ai observé fréquemment, parmi les symptômes initiaux et même avant-coureurs de la folie épileptique, l'onanisme, ou une grande salacité, regardée à tort, surtout chez les adolescents, comme cause primordiale au lieu d'effet de l'épilepsie.

Je me hâte, Messieurs, d'indiquer la distinction entre l'épilepsie mentale, avec défaut d'accès somatiques, et les autres variétés de manies périodiques; c'est-à-dire de fixer le critérium qui doit nous guider dans la démonstration de cet état mental si intéressant, et souvent rejeté, sinon reçu avec un sourire de doute par le parquet. La solution est de prime abord facilitée lorsque l'histoire de l'individu fournit des renseignements fidèles sur ses antécédents. Des parents atteints de folie épileptique, ou autres névroses, ou d'alcoolisme; l'asymétrie du crâne et de la voûte palatine; une extrême susceptibilité à devenir irascible ou violent, à côté d'un caractère bizarre, avec dépravation morale et facultés intellectuelles plus ou moins imparfaitement développées; l'existence d'attaques convulsives pendant l'enfance, suivies par des évanouissements, ou des absences momentanées; les incontinences nocturnes d'urine, sont tous des antécédents très significatifs s'ils viennent se grouper autour d'un cas pour démontrer la véritable nature de tout désordre mental, transitoire, ou instinctif qui s'est toujours répété avec la même identité, ou complète ressemblance avec les paroxysmes antérieurs, comme on n'en observe qu'exceptionnellement dans les autres vésanies. Mais, malheureusement, ces indices précieux d'une prédisposition héréditaire, avec les autres commémoratifs, font souvent défaut, nous laissant réduits, dans l'expertise, aux phénomènes psychiques qui impriment leur cachet à l'attaque, et aux signes physiques spéciaux de la folie épileptique.

Les attaques d'épilepsie mentale se répètent non seulement sous la forme paroxysmale propre aux manifestations de la névrose, mais peuvent en être le symptôme initial dans les cas de lésion traumatique à la tête, alcoolisme ou syphilis, et redoublent alors de fréquence.

L'accès d'épilepsie mentale n'est jamais solitaire, il suppose nécessairement l'existence préalable d'autres attaques semblables ou physiques, ou leur répétition, et manifeste, par conséquent, une folie qui indique d'ordinaire un degré

avancé, mais pas forcément ultime, de la névrose épileptique, ce qui nous explique la possibilité de son amélioration ou rare guérison.

L'épilepsie mentale éclate exceptionnellement avant la puberté, puisque l'idiotisme accompagne l'épilepsie congénitale, et l'imbécillité, celle qui se développe pendant l'enfance, les impulsions soudaines dont les épileptiques imbéciles sont victimes les rendant, comme on sait, fort dangereux.

Il y a une relation évidente entre l'intensité et la durée de l'épilepsie mentale, et le trouble de la circulation encéphalique qui peut aboutir à une méningite. Le vertige avec transpiration parfois très profuse de la tête, et souvent l'épistaxis nasale, sont des symptômes observables pendant, ou immédiatement après, les recrudescences des paroxysmes. Rien ne décèle plus cet état congestif du cerveau, résultat de l'excitation du sympathique cervical, que la lividité, l'étonnement et l'hébétude de la figure, avec injection des conjonctives, dilatation des pupilles, et un amas de sécrétion blanchâtre dans les angles palpébraux. Si on examine les pupilles lorsque le malade devient tumultueux et violent, quand la fureur le tient pour quelques moments fixe avec les yeux largement ouverts, on notera, et ce signe me semble très important, la dilatation et contraction alternatives de l'ouverture pupillaire, entièrement comme cela se passe après les attaques de petit mal et grand mal, et que j'ai vu dans ces derniers cas durer même au delà d'une minute avant de disparaître complètement. Cette pupille épileptique trahit les formes douteuses ou larvées, et qu'il me soit permis à ce propos une très courte digression pour indiquer un procédé très simple, à la portée du médecin le moins expert, d'application toujours prête, pour différencier les attaques d'épilepsie vraie des attaques simulées. Si l'on couvre bien les narines et la bouche d'un épileptique au moment de sa chute, avec un mouchoir ou une serviette, l'attaque convulsive continue sans changement, parce que l'obstacle à la respiration n'a en rien modifié l'asphyxie causée par la contraction tonique des muscles thoraciques pendant la période initiale du paroxysme. Cet obstacle, au contraire, détermine bientôt chez le simulateur des efforts pour satisfaire le besoin de respirer, qui trahissent sa supercherie. Il arrive néanmoins, dans des attaques incomplètes, que l'impédiment à la respiration remet promptement le malade, mais alors un phénomène, impossible à simuler, nous démontre positivement la véritable nature de l'accès, et c'est le resserrement et la dilatation successive de la pupille épileptique qui, comme il est déjà dit, dure jusqu'à une minute avant de cesser après l'attaque, et qui devient plus manifeste devant une vive lumière.

La lenteur de la respiration avec une activité circulatoire accélérée est un autre phénomène régulier, complémentaire, que j'ai depuis longtemps démontré dans la névrose épileptique, et que, d'après les recherches de Marcé, on observe également dans la mélancolie avec stupeur; il apparaît aussi notablement chez les déments, et dans les méningites; mais je ne l'ai pas constaté dans les folies sans dépression mélancolique, et, associé aux autres signes, il acquiert une valeur très importante dans le diagnostic de l'épilepsie mentale.

Je fis dresser, pour avoir un terme exact de comparaison, un tableau avec le maximum et le minimum des respirations chez 108 individus de tous âges, jouissant de bonne santé, avant de passer à pareille observation avec tous les

épileptiques de l'hôpital, y compris ceux qui étaient et ceux qui n'étaient pas en traitement. La conclusion évidente de ces recherches est qu'il y a, chez les épileptiques, une lenteur très notable et constante de la respiration, d'autant plus marquée que les rémittences des accès sont plus courtes, et certainement due à la circulation du sang imparfaitement décarboné, qui nous explique la froideur et la lividité si frappante de leurs extrémités. En rapport avec ce ralentissement respiratoire, il faut ajouter que la température, surtout des aliénés épileptiques, est en général au-dessous du chiffre normal, dans l'intervalle des accès, pour augmenter toujours à leur approche, avec accélération et notable dicrotisme du pouls. C'est en me basant principalement sur ces particularités du pouls et de la respiration, et sur l'inconscience de leurs actes, que j'arrivai au diagnostic de l'épilepsie, jamais soupçonnée, chez Chambers, qui, en 1869, tua sans provocation, dans un café, un haut fonctionnaire public de Brooklyn; et dans les deux cas plus récents du parricide Walsworth, et de King, qui, en sortant de la Cour, où il venait d'avoir une attaque épileptique méconnue, tua de plusieurs coups de pistolet le séducteur de sa femme; mon diagnostic se trouvant confirmé par l'observation ultérieure de ces trois individus, dans l'Asile des aliénés criminels d'Auburn. Ces signes m'ont servi enfin pour prévenir des crises nocturnes et leurs attaques mentales consécutives par les inhalations de nitrite d'amyle.

Il y a une période de sommeil profond, qui établit la transition de l'insanité à la sanité, après l'épilepsie mentale, et qui existe encore après les crises délirantes, dans les formes rémittente et continue de la folie épileptique. Ce sommeil, toujours lourd, se prolonge plusieurs heures, accompagné d'une respiration sonore, ou même stertoreuse, ce qui le fait prendre pour le sommeil de l'ivresse, d'autant plus qu'ordinairement l'épileptique retrouve sa conscience promptement après son réveil. Je ne vois pas ce symptôme, essentiellement épileptique, apprécié par les auteurs, et l'enseignement à tirer des nombreux exemples que j'ai étudiés de près, et de ceux rapportés dans nos annales, ne me permet pas d'accepter la limitation, par trop insoutenable, que M. Legrand du Saulle a établie, devant les tribunaux et dans son dernier ouvrage, en affirmant de la manière la plus absolue que ce sommeil coïncide toujours avec une intoxication alcoolique préalable de l'individu. Je suis loin de rejeter l'opinion que les excès alcooliques, comme j'ai déjà noté, aggravent l'intensité et la violence des attaques, soit à titre de cause primordiale, soit comme un résultat de l'aberration et dépravation spéciale aux épileptiques, qui peuvent, comme Morel ne manqua pas de le signaler, consommer des quantités considérables de vin ou d'eau-de-vie sans tomber ivres. Mais le chiffre assez considérable de ces épileptiques alcooliques n'embrasse pas la plus grande catégorie d'épileptiques aliénés, ni tous les épileptiques dits larvés. Le cas que M. Legrand du Saulle cite à l'appui de son affirmation ne peut pas, d'après son histoire étiologique, être rangé parmi les épileptiques alcooliques; car Bisgrove était un enfant naturel, épileptique depuis l'enfance, subissant les conséquences fatales de la névrose, dans ses aberrations et perversités, sans que l'alcoolisme prît la moindre part dans leur genèse. Ayant un peu bu (je résume le rapport donné par Maudsley), et errant un soir à travers des champs, dans

un état d'épilepsie mentale, il y vit un homme couché et endormi, et prenant une grosse pierre, il le tua en lui écrasant la tête; et, cela fait, il se coucha et s'endormit à côté de sa victime. Enfermé à Broadmoor, Bisgrove s'en échappa après avoir tué son surveillant, en l'assassinant à coups de pierre, de la même manière qu'il tua sa première victime; l'homicide ayant eu lieu avec cette répétition invariable des mêmes impulsions propres aux épileptiques, que M. Legrand du Saulle reconnaît dogmatiquement, dans le cas de cet ancien percepteur de Pau, prévenu d'attentats à la pudeur, comme un élément «d'une puissante conviction clinique et médico-légale», quand il s'agit du diagnostic de l'épilepsie larvée. Dans l'opinion de M. Legrand du Saulle, cependant, le second crime de Bisgrove fut l'œuvre vulgaire d'un lâche assassin, tandis que le premier est un acte d'épileptique, bien plus que d'alcoolique; mais le sommeil immédiat, par terre, auprès de la victime, est un fait fréquent chez l'homme ivre, comme le cas d'Alphonse Laurence, le collégien de Pontoise, en fait preuve, quoiqu'il n'offre pas la moindre analogie avec celui de Bisgrove, qui, à coup sûr, n'aurait pas été épargné par la loi anglaise, si son crime eût procédé d'une intoxication alcoolique. Quelle que soit en tout cas l'appréciation que, à tort ou à raison, on fasse du sommeil de Bisgrove, elle ne détruit pas ce que nous démontrent ostensiblement les nombreux cas exempts de toute étiologie alcoolique, sans perdre de vue ceux que je viens de vous présenter sans relation primitive ou secondaire avec cette cause. On ne s'étonnera pas que ce sommeil soit cité incidemment, ou passé sous silence, si l'on réfléchit que les crises d'épilepsie mentale ne se terminent pas par les impulsions irrésistibles qu'elles déterminent d'une manière instantanée autant que soudaine, et qu'après leur prompt accomplissement, l'individu continue à être habituellement, malgré ce phénomène intercurrent, dans un état d'inconscience ou d'insanité réelle, qu'on constate sans effort par les signes physiques que je viens de décrire, par son langage, et, bref, par ce sommeil si caractéristique auquel il aboutit, et dont il se réveille presque toujours avec complet oubli des actes imprévus et de la perturbation qui se rattachent à ce dédoublement de son existence. La méprise majeure, à mon avis, dans l'appréciation et les discussions qui ont eu lieu sur le trouble mental des épileptiques et leur responsabilité des délits et crimes qui en découlent, provient de ce qu'on s'est avisé d'analyser l'occurrence soudaine de leurs forfaits en rapport avec les antécédents moraux de l'individu, au lieu de commencer par démontrer les empreintes physiques de sa maladie, et, soit le degré, soit l'espèce de conscience anormale dont il fit preuve à l'époque du crime.

Une autre particularité des individus frappés de folie épileptique est la répétition des mots ou des phrases dans leurs conversations, ou bien des idées présentées à leur esprit obsédé. Ce signe, je l'ai nommé l'*écho épileptique.* Romberg parle du même phénomène dans le ramollissement cérébral, dont il serait symptomatique; mais, dans l'épilepsie, il est le résultat d'une volonté qui manque; la même idée répercutant, pour ainsi dire, dans une intelligence impuissante à arriver rapidement à d'autres conceptions. Le phénomène devient très accusé dans les écrits des fous épileptiques, comme je le fis voir à l'Association des aliénistes américains, dans les lettres provenant de mes malades

et de ceux de l'Asile d'Utica. Mon collègue, le Dr C. A. Walker, superintendant de l'hôpital d'aliénés de Boston, en confirmation de mes observations, me montra une preuve très frappante de ce signe dans une lettre d'une demoiselle épileptique qu'il avait examinée. Enfin, le Dr J. A. Wilkie, de l'asile des criminels aliénés, à Auburn, me communiqua, en juin 1873, ce fait très instructif :

Un jeune homme, appartenant à une famille très respectable, fut condamné à quelques années d'emprisonnement pour un crime, commis d'une manière rare, sans raison, et avec les plus irréprochables antécédents moraux; mais à cause de ses allures bizarres à la prison, ce jeune homme ne tarda pas à être transféré à l'asile d'Auburn. Sa famille ignorait qu'il eût jamais eu d'accès épileptique et s'efforçait d'obtenir un pardon du gouverneur de l'État; celui-ci, désireux de se rendre bien compte d'un fait si insolite, chez un jeune homme jamais soupçonné fou, décida qu'il aurait à présenter une demande avec les raisons pour qu'on lui accordât la grâce désirée. Le Dr Wilkie, tout en remarquant les excentricités du malade, et le surveillant sans cesse, ne découvrit aucun accès vertigineux ou nocturne. Cependant la demande qu'il écrivit et d'autres lettres à sa famille, à côté des signes physiques ici exposés, firent à mon savant collègue diagnostiquer, sans hésitation, l'épilepsie mentale; diagnostic qui fut bientôt confirmé, le jeune homme étant saisi un matin d'une série d'attaques de grand mal et délire, qui se terminèrent fatalement.

Voici encore un exemple d'*écho épileptique*, extrêmement curieux, rapporté par le Dr Eastman, de l'asile d'aliénés de Worcester, Massachussets :

Un jeune imprimeur, sujet à du grand mal, sans *aura*, fut pris d'une attaque comme il était occupé à composer une circulaire, dont l'épreuve fut tirée telle qu'elle sortit des mains de cet épileptique, et se trouve reproduite dans le *American Journal of Insanity*, octobre 1873. Cette impression montre d'abord une répétition des syllabes, ensuite des lettres, et finalement, leur confusion et inversion au moment de la chute, mettant ainsi en relief l'écho épileptique, et fournissant peut-être la première vérification matérielle de cette convulsion intellectuelle, admise par Maudsley.

Ce n'est pas par oubli que je n'ai pas parlé des hallucinations éprouvées par mes malades, et constamment associées à l'épilepsie mentale. Des phénomènes morbides sensoriels furent notés dans 86 pour 100 de mes 267 observations. Les hallucinations de l'ouïe ont prévalu dans 62 pour 100 des cas; celles de la vue, dans 53 pour 100; de la vue et de l'ouïe, 42 pour 100; et de l'odorat, 6 pour 100. Enfin, 30 pour 100 des cas montraient quelque trouble de la sensibilité générale, soit anesthésie, hypéresthésie ou engourdissement, etc. Prenant en considération la fréquence de ces sensations morbides dans la folie épileptique, il ne sera pas difficile de réaliser la manière dans laquelle ces malheureux deviennent obsédés par leurs sensations, qui ordinairement prennent le plus terrible et trompeur caractère. Il ne faudra pas pourtant trop conclure que ce sont les hallucinations de l'ouïe et de la vue qui troublent principalement les épileptiques, car ils souffrent souvent une implacable torture par l'état de leur sensibilité générale. Un de mes malades me priait vivement de l'en débarrasser, sans me préoccuper de la guérison de ses accès : sa souffrance, remarquait-il, ne siégeait pas dans la tête, mais dans toute sa peau, sans pouvoir définir ce qu'il éprouvait; et la seule manière qu'il trouvât de combattre cette terrible excitation était de frapper des coups de poings contre

les murs de sa chambre, jusqu'à déchirer ses mains en épuisant ses forces; dans une de ces crises, très semblables à celles de la folie instinctive de Pinel et Esquirol, il brisa les panneaux d'une porte, et il devint nécessaire de le contenir. Est-il besoin, Messieurs, de rappeler les termes si positifs dans lesquels, avec une compétence non surpassée, M. Brierre de Boismont condamne la manière de discuter la responsabilité légale des épileptiques, sans tenir compte de la profonde secousse que leurs hallucinations donnent à la volonté? Je pourrais ajouter nombre d'exemples à ceux de M. Brierre de Boismont et d'autres aliénistes, pour établir clairement que les sensations morbides en question, plus que tout autre phénomène, sont la cause primordiale des impulsions violentes, irréfléchies, spéciales aux épileptiques; et, chaque fois que l'on aura des termes de comparaison, on trouvera que les hallucinations de l'ouïe sont les plus fréquentes. Morel insiste, avec beaucoup de justesse, sur les caractères de ces dernières, et les bruits soudains ordinairement entendus par les épileptiques, tout à fait divers de ceux accusés par les aliénés avec délire de persécution, et qui, par leur cachet exclusif, sont incapables d'être méconnus par un observateur attentif.

Je n'ai pas à discuter, Messieurs, sur les traits fidèles que j'ai tracés rapidement, sans dessein d'offrir une étude complète de la folie épileptique, et sans y envisager les phénomènes psychiques si bien décrits par M. Falret dans l'*aura* intellectuelle, qui, comme des nuages ou des foudres éclatantes précurseurs d'un orage, annoncent l'approche de l'attaque épileptique; ni enfin le changement spécial moral et intellectuel, caractéristique de la névrose, capable de s'effectuer depuis la première attaque, et d'effacer, comme dit Maudsley, tout sentiment moral de la même manière qu'elle efface souvent la mémoire. J'ajouterai simplement qu'il m'a été donné de constater ces changements moraux depuis l'accès initial, surtout dans les cas d'épilepsie provenant d'une lésion traumatique du crâne; observation d'une grande portée médico-légale, puisque ces épileptiqnes ne tardent pas ordinairement à devenir aussi alcooliques. L'appréciation de toutes ces perturbations mentales est très difficile et généralement reçue avec méfiance par les tribunaux. Mais ces troubles intellectuels, quoique ne constituant pas un état de folie, doivent, comme le déclare notre très savant président, M. Baillarger, placer l'épileptique en dehors de la règle commune, et atténuer au moins sa responsabilité légale. Le légiste pourra bien persister à se baser, dans ces cas, sur les opérations d'une intelligence saine, pour juger les motifs d'un acte criminel commis par un épileptique; mais, pour nous, aliénistes, il est certain que l'individu victime d'une maladie qui lui enlève tout empire sur soi-même, quand même il reste capable de distinguer le bien du mal, ne peut pas être tenu responsable des actes qu'il accomplit sans volonté, d'une manière inconsciente.

Un dernier mot pour terminer. Dans un excellent ouvrage, adressé aux médecins légistes, M. Legrand du Saulle établit, à propos de la difficulté offerte pour le diagnostic de l'épilepsie larvée, qu'aujourd'hui, lorsque de tels cas se manifestent, le bromure de potassium en fait rapidement justice, d'abord en supprimant la période de fureur maniaque, les impulsions homicides ou suicides, et les conceptions délirantes uniformes, et surtout en rompant la péridiocité

de ce phénomène si éminemment épileptique. Le médicament est, en conclusion, la pierre de touche de la névrose. Parmi les nombreux agents employés contre l'épilepsie, le bromure de potassium est, sans contredit, un des moins incertains, mais non le spécifique doué, au point de vue médico-légal, de l'efficacité thérapeutique affirmée dans l'aphorisme de M. Legrand du Saulle. Je n'ai pas besoin, Messieurs, de rappeler combien est grave et vitale la responsabilité du médecin expert, et, en médecine légale, nous pouvons être absolus dans nos affirmations, si elles ne sont que très exceptionellement contredites par l'expérience. Or, voyons si tel serait le cas avec les vertus du bromure de potassium contre l'épilepsie. Dans mes recherches sur l'action des bromures alcalins dans l'épilepsie, j'ai étudié avec sollicitude les effets du bromure de potassium sur 486 épileptiques pendant une longue et patiente expérimentation, commencée depuis 1862, et dont les limites d'épreuves avec chaque cas n'ont jamais été au-dessous de dix-huit mois. Mes résultats, quoique, je m'empresse de le dire, encourageants, n'ont pas été invariablement favorables; car, après avoir modifié à différentes reprises les conditions de l'expérimentation, je n'ai pas gagné de terrain avec 104 sujets, qui n'offraient entre eux de ressemblance ni étiologique ni symptomatologique. La guérison, ou plutôt la suspension des attaques, eut lieu de la manière suivante : chez 9 malades, elle se maintint pendant dix ans; chez 11, huit ans; chez 15, six ans; chez 18, cinq ans; chez 25, trois ans; chez 80, deux ans; c'est-à-dire un total de 158 sur 486 épileptiques chez lesquels les attaques furent suspendues de deux à dix ans, mais chez lesquels aussi, je dois le noter, le bromure ne fut pas administré seul. Pas un de ces malades ne prit moins de 20 grains (1 gramme du sel trois fois par jour), la dose extrême étant arrivée jusqu'à 3 drachmes et demi (7 grammes 50 centigrammes) par jour, administrés à une femme, avec grand avantage, pendant vingt et un jours, et sans bromisme.

Il découle de cet exposé succinct, dans lequel les insuccès dépassent de beaucoup les guérisons, que le bromure de potassium n'a pas droit d'être proclamé la pierre de touche de l'épilepsie. Bien davantage, mes recherches, confirmées par celles de M. Voisin, prouvent que le bromure de potassium n'exerce pas d'influence sur le petit mal, ou accès vertigineux, qui sont les plus pernicieux pour l'intelligence. Pour obtenir de bons résultats dans ces cas, il faut, commme je l'ai montré, associer le sel à des doses élevées d'ergotine, ou au suc de ciguë, *succus conii*, de la pharmacopée de Londres.

Dans le délire épileptique, ou d'autre nature, l'action hypnotique et sédative du bromure de potassium est ordinairement éphémère, ou perdue, si on l'administre seul, tandis qu'on sera plus certain de produire un sommeil rafraîchissant et calme par le bromure associé à un narcotique, tel que la ciguë, le cannabis indica, la jusquiame, et mieux, surtout, à fortes doses d'ergotine.

Il n'est pas rare de voir les actes de violence, les phénomènes délirants et les hallucinations excités chez des fous épileptiques soumis à la médication bromurée. Le sel, à une dose de 10 grains, produisit une excitation maniaque avec tendances suicides et hallucinations de l'ouïe, chez une fille entrée à l'hôpital en octobre 1866. Deux autres femmes avaient aussi une manie de suicide

dès que la dose de bromure dépassait 30 grains. Une autre femme encore devenait maniaque avec 20 grains du sel, qui rendaient aussi deux de ses compagnes mélancoliques. Parmi les hommes, on observa une fois la manie homicide; un autre épileptique se suicida, étant depuis longtemps soumis au traitement bromuré. Le jeune homme de Hartford dont j'ai parlé accomplit l'assaut contre son compagnon, comme il usait du bromure et venait d'en prendre, en se levant, une potion avec 30 grains (1 gramme et demi) du sel. Je me rappelle avoir vu, en visitant le service de mon savant collègue M. Falret, à Bicêtre, il y a trois ans, un épileptique chez lequel ce praticien habile suspendit la médication bromurée, parce qu'elle fut impuissante à calmer les excitations nocturnes de ce malade, qui était contenu dans un fauteuil. J'ai constaté, en outre, des accès violents de satyriasis chez un de mes épileptiques à l'Asile pendant que se manifestaient les effets physiologiques du sel, qui dut être suspendu également chez un autre malade, parce qu'il déterminait des rêves voluptueux avec pollutions, qui n'existaient pas auparavant; phénomène qui a été d'ailleurs observé aussi par M. Voisin. Finalement, le bromure de potassium échoue contre les cas les plus désespérés de *status epilepticus*, qui peuvent néanmoins être combattus avec plus de certitude par les inhalations de nitrite d'amyle, comme démontrent les observations de Chrichton Browne et les miennes.

Par toutes ces raisons, et l'incertitude qui toujours plane sur l'action thérapeutique des médicaments les mieux connus, ne serait-il pas plus clinique et plus certain, Messieurs, de baser notre critérium sur les signes précis, tangibles de la maladie, que de compromettre la portée de nos appréciations et de nos expertises, en exagérant la valeur de la médication bromurée, que je suis aussi loin de détracter que de proclamer la pierre de touche de l'épilepsie? (Applaudissements.)

M. le Président. M. Lagardelle a la parole pour la lecture d'un Mémoire.

RESPONSABILITÉ PARTIELLE DES ALIÉNÉS.

M. le Dr Lagardelle, *médecin en chef de l'asile d'aliénés de Marseille.* Messieurs, j'ai l'honneur de soumettre à votre haute appréciation quelques réflexions sommaires sur la responsabilité partielle, considérée surtout au point de vue de la législation pénale.

Dans les quelques minutes de bienveillante attention que je vous prie de vouloir bien m'accorder, je ne puis que vous signaler les points importants de cette question délicate, et j'espère que vous me pardonnerez de ne pas résumer les discussions brillantes de ces dernières années, et surtout de ne pas nommer tous les auteurs qui ont défendu avec un immense talent leurs opinions personnelles.

L'appréciation de la responsabilité des aliénés a pour point de départ l'article 64 du Code pénal, d'après lequel : *Il n'y a ni crime ni délit, lorsque le prévenu était en état de démence au temps de l'action, ou lorsqu'il a été contraint par une force à laquelle il n'a pu résister.*

Il est admis que le mot démence s'applique à toutes les formes d'aliénation mentale.

Quant à la force irrésistible dont parle le législateur, elle n'est pas seulement physique, matérielle; mais il a voulu désigner aussi une force morale qui subjugue la volonté.

Si on lit tout ce qui a été écrit sur la responsabilité partielle, on remarque une confusion fâcheuse dans la signification des termes le plus souvent employés.

Il y a lieu de distinguer tout d'abord la raison, le libre arbitre, la liberté morale, la volonté.

D'après Marc, qui a étudié d'une façon remarquable la plupart des questions médico-légales relatives à l'aliénation mentale, l'état normal de la volonté constitue aussi ce qu'on est convenu d'appeler la liberté morale, le libre arbitre.

La raison, dont la puissance et les manifestations sont infiniment variables, n'est considérée comme saine qu'avec l'intégrité de toutes les facultés.

Ses altérations les plus légères modifient le libre arbitre, la liberté morale et la volonté.

Par le libre arbitre, l'homme distingue le bien du mal, le vrai du faux, le juste de l'injuste, ce qui est permis de ce qui est défendu.

Par la liberté morale, il a le pouvoir de diriger librement ses actions.

La volonté est une faculté active ou passive, qui exécute les ordres qu'elle reçoit.

Chez l'aliéné, elle est consciente ou inconsciente, et ses lésions sont le plus souvent consécutives.

Ces lésions de la volonté résultent, dit Marc, de l'imperfection générale des facultés intellectuelles, ou de conceptions délirantes; c'est le pouvoir législatif dépravé qui usurpe l'indépendance légale du pouvoir exécutif, et le rend son instrument aveugle.

La folie est une maladie qui, dans tous les cas, a son histoire. Tout se lie dans les troubles intellectuels, quelque limités qu'ils soient.

L'état continuel d'aliénation mentale trouble la raison, le libre arbitre, détruit la liberté morale; et les actes de la volonté, qui en sont la conséquence consciente ou inconsciente, assurent l'irresponsabilité absolue.

On confond aussi parfois la responsabilité avec la culpabilité.

Le Code pénal, dit Faustin Hélie, qui a suivi en cela la loi romaine, couvre le crime commis dans un moment de colère ou de douleur, du voile de l'excuse légale, lorsque le crime a été provoqué par des coups et des blessures (art. 321), par l'adultère de l'épouse dans la maison conjugale (art. 344) enfin par un outrage violent à la pudeur (art. 345); mais, hors de ces cas, la colère ou la douleur rentrent dans la classe des circonstances atténuantes, et peuvent seulement motiver une atténuation de peine.

Dans ces conditions si précises, la responsabilité morale, qui se déduit de la jouissance du libre arbitre, reste entière alors que la culpabilité disparaît.

Il y a donc des nuances importantes qui différencient la responsabilité de la culpabilité.

La distinction la plus importante à établir est celle qui consiste à distinguer, dans tous les cas, les passions de l'aliénation mentale.

Je ne saurais mieux faire que de rappeler textuellement l'opinion de Chauveau et Faustin Hélie :

Quelques personnes ont voulu assimiler la puissance des passions humaines à l'aliénation mentale, la fureur de l'homme en proie à la jalousie ou au désespoir à la fureur de l'aliéné... Il importe de repousser cette doctrine qui nous paraît aussi erronée qu'elle est dangereuse. Il n'est pas vrai, aux yeux de la science, qu'une passion puisse exciter un dérangement momentané des facultés intellectuelles.

En assimilant les passions à l'aliénation mentale, on justifie l'immoralité, en la plaçant sur la même ligne que le malheur; on l'encourage en offrant l'impunité comme une prime à ses débordements.

L'infortuné dont une maladie a ébranlé l'intelligence obéit comme une machine à une force motrice dont il ne peut combattre la puissance; l'homme qui agit sous l'empire d'une passion a commencé par laisser corrompre sa volonté, qui, emportée par la passion, s'est précipitée dans le crime : le premier subit un pouvoir irrésistible; l'autre a pu résister et ne l'a pas voulu.

Les passions violentes abrutissent le jugement, mais ne le détruisent pas; elles emportent l'esprit à des résolutions extrêmes, mais elles ne le trompent ni par des hallucinations ni par des chimères; l'homme agit sous l'empire d'un sentiment impérieux qui le maîtrise, mais il a accepté cette domination, il agit volontairement.

Cependant, si les passions ne peuvent être assimilées à des accès de monomanie, on ne peut méconnaître qu'elles obscurcissent, qu'elles enchaînent même la volonté, et ne lui laissent pas, dès lors, la liberté nécessaire pour s'opposer à l'impulsion de leurs désirs.

La responsabilité morale n'a pas disparu, mais elle s'affaiblit. Elles ne peuvent être invoquées comme motifs de justification, mais comme motifs d'atténuation de la peine.

L'influence de certaines passions donne lieu à l'admission de circonstances atténuantes.

Je rappellerai à ce sujet une distinction fort juste signalée par Marc entre les passions innées, qui admettent l'excuse dans un grand nombre de cas, et les passions acquises, qui ne l'admettent presque jamais.

L'irresponsabilité absolue est acquise pour tout individu qui a commis un crime ou un délit sous l'influence de l'aliénation mentale.

L'expert a donc tout d'abord à diagnostiquer l'état mental de l'individu au moment où l'acte a été commis.

Cette première question offre parfois de graves difficultés. Le plus souvent l'inculpé est examiné longtemps après le crime, et il est rare que son état ne se soit pas modifié.

L'expertise médico-légale ne doit négliger aucun élément d'information.

Il est indispensable de connaître les antécédents de l'individu, les circonstances qui ont précédé, accompagné et suivi l'acte qui lui est imputé.

Après avoir constaté les conditions étiologiques, l'hérédité surtout, qui ont pu exercer une influence sensible, l'expert doit reconstituer l'histoire complète de la maladie, et ce n'est qu'à ces conditions qu'il est permis de distinguer une affection mentale vraie d'une folie alléguée ou simulée.

La folie offre de nombreuses variétés, des nuances infinies, et l'on s'est de-

mandé si, dans tous les cas, il était juste d'affirmer l'irresponsabilité absolue.

Dans les formes d'aliénation mentale caractérisées par un délire partiel très limité, laissant intactes la plupart des facultés, on a pensé à contester l'irresponsabilité.

L'irresponsabilité doit être maintenue dans ces cas, toutes les fois que le délire existait au temps de l'action.

La constatation sérieuse de l'état mental chez les individus de cette catégorie, dit Tardieu, montrera le plus souvent que, loin de conserver quelque part de responsabilité morale, ce sont eux, au contraire, chez lesquels on découvre le plus souvent à la fois l'état de démence au temps de l'action et la contrainte d'une force irrésistible qui leur enlève la responsabilité de leurs actes.

Il est cependant des états morbides qui ne présentent pas, à toutes leurs périodes, les caractères de l'aliénation mentale.

On ne peut nier qu'il existe, chez un grand nombre de malades atteints de formes spéciales, des intervalles lucides, pendant lesquels ils ont la jouissance du libre arbitre.

Il paraît logique de les rendre responsables des actes accomplis pendant ces intervalles.

L'étude attentive de quelques faits exceptionnels a donné l'idée de la responbilité partielle.

Cette doctrine a été vivement combattue par M. Falret, partisan convaincu de l'irresponsabilité absolue.

Renoncer, dit-il, à considérer l'irresponsabilité absolue comme liée nécessairement à l'état de folie, c'est ouvrir la porte à toutes les discussions possibles; c'est livrer la solution du problème médico-légal au hasard et à l'arbitraire des appréciations individuelles, variables selon les moments et les circonstances.

M. Dally a démontré que le système de la responsabilité graduée aboutissait fatalement à l'assimilation du crime et de la folie, à la suppression de toute responsabilité légale, à l'égalité du fou et du coupable devant la loi.

Après une brillante discussion soulevée à la Société de médecine légale, à propos de l'épilepsie, il a été proposé un grand nombre de conclusions, et l'on a dû s'arrêter à celle-ci : « Il n'y a aucune règle générale à poser pour l'appréciation de l'état mental des individus atteints d'épilepsie. L'examen de chaque cas particulier est indispensable pour déterminer le degré de responsabilité légale d'un malade. »

M. le Dr Legrand du Saulle a soutenu avec talent et une conviction profonde la théorie de la responsabilité proportionnelle, mais avec un mode spécial de pénalité. Il voudrait, au lieu d'une condamnation qui frappe à la fois le malade et sa famille, l'internement dans un asile spécial destiné aux aliénés dangereux et réputés criminels.

Cette condition me paraît être la suppression de la responsabilité partielle, puisque ces malades sont assimilés aux irresponsables.

La responsabilité partielle, admise par un grand nombre d'auteurs, n'est pas

comprise par chacun d'eux de la même façon, surtout au point de vue pratique; chacun l'étend ou la restreint dans des limites très éloignées.

Lorsque, à l'appui de sa thèse, on présente, comme principal argument, ce qui se passe dans tous les asiles, on multiplie considérablement le nombre des cas où la responsabilité partielle doit être admise.

On dit : un grand nombre d'aliénés (on pourrait dire la plupart) exécutent les ordres qu'on leur donne, obéissent à la discipline; on les encourage, on les punit.

Que devient, devant ces faits, dit Belloc, la doctrine de l'irresponsabilité absolue?

Cet argument me paraît dangereux à l'appui de la responsabilité partielle et sans effet contre l'irresponsabilité.

Il est évident que ces malades qu'on dirige, qu'on récompense et qu'on punit seraient déclarés irresponsables devant la loi morale et pénale.

On s'est demandé s'il n'existait pas un critérium qui permît dans tous les cas de donner la mesure de la responsabilité partielle.

On l'a cherché dans l'état de la sensibilité, de l'intelligence et de l'activité, considérées pendant l'expertise et recherchées scrupuleusement au moment où l'acte incriminé a été commis.

Marc étudiait surtout l'état de la volonté, les influences diverses qu'elle subissait, ses lésions primitives ou consécutives, constantes ou passagères.

Il n'existe pas de critérium, mais il est indispensable de se rendre un compte exact de l'état de toutes les facultés et de l'influence qu'elles ont pu exercer dans la détermination de l'acte incriminé.

Entre la doctrine de l'irresponsabilité absolue et de la responsabilité partielle, quelles que soient ses limites, il existe ce que j'appellerai une théorie mixte à laquelle je me rallierai volontiers.

L'irresponsabilité doit être affirmée toutes les fois que l'aliéné a agi sous l'influence directe ou indirecte de son état mental.

L'épileptique, l'alcoolisé, l'intermittent, ne sont pas responsables des actes commis au moment de leurs crises.

Les cas d'irresponsabilité absolue sont les plus fréquents, mais ils ne sauraient être considérés comme une règle générale sans exception.

Il est un assez grand nombre d'épileptiques, d'alcoolisés, qui, dans bien des cas, doivent être considérés comme entièrement responsables.

Si les intervalles qui séparent leurs crises sont complètement lucides; si leur affection n'a pas encore atteint le fonctionnement régulier de leurs facultés; si la raison reste saine; si le libre arbitre a conservé toute sa puissance, dans ces conditions, la responsabilité reste entière.

Pour les malades atteints de folie périodique, affection le plus souvent héréditaire et incurable, quoiqu'il existe parfois des intervalles pendant lesquels la raison paraît intacte, il est utile d'être très circonspect et, dans la plupart des cas, d'admettre une responsabilité atténuée.

Pour les faibles d'esprit, les imbéciles, chez lesquels il existe toujours un affaiblissement simple, mais infiniment variable, du libre arbitre, il y a lieu de demander une atténuation de la peine en rapport avec le degré de responsabilité.

Dans tous les cas, la responsabilité limitée qu'il est permis de soutenir en faveur de ces malades ne doit jamais être confondue avec l'influence exercée par les passions, que l'on invoque le plus souvent dans le but d'obtenir des circonstances atténuantes.

La théorie mixte, qui nécessiterait quelques développements et que je me borne à signaler, se résume ainsi :

1° Irresponsabilité dans la majorité des cas; état d'aliénation mentale au moment de l'action;

2° Responsabilité complète pour des actes commis dans des circonstances déterminées; intervalles complètement lucides; épileptiques ; alcoolisés; folies impulsives; délires intermittents;

3° Responsabilité atténuée dans les cas où il existe un affaiblissement simple du libre arbitre; faibles d'esprit; imbéciles; épileptiques; alcoolisés; intermittents.

CONCLUSIONS.

1° La volonté diffère du libre arbitre et de la liberté morale;

2° L'état de folie est caractérisé dans tous les cas, au point de vue médico-légal, par la perte du libre arbitre qui entraîne fatalement l'irresponsabilité absolue;

3° Chez l'aliéné, les actes de la volonté sont conscients ou inconscients; quels qu'ils soient, l'irresponsabilité reste entière;

4° La responsabilité diffère sensiblement de la culpabilité. L'homme, toujours responsable de ses actes, peut n'être pas coupable;

5° Dans aucun cas on ne doit assimiler les passions à l'aliénation mentale;

6° Il existe deux théories principales sur la responsabilité des aliénés : irresponsabilité absolue, et irresponsabilité partielle étendue à un nombre variable de cas;

7° Théorie mixte n'admettant la responsabilité partielle que dans des cas rares, limités, et reconnaissant, dans des circonstances déterminées, la responsabilité complète. (Applaudissements.)

La séance est levée à 6 heures.

SÉANCE PLÉNIÈRE DU SAMEDI 10 AOÛT 1878.

PALAIS DES TUILERIES (PAVILLON DE FLORE).

PRÉSIDENCE DE M. LE PROFESSEUR LASÈGUE, PUIS DE M. ECHEVERRIA.

SOMMAIRE. — Adoption du procès-verbal de la séance précédente. — Adresse de remerciements. — Adoption d'un vœu présenté par M. Barbier, relativement aux aliénés dits «criminels». — SUR LE PATRONAGE DES ALIÉNÉS, par M. le Dr Brosius (Allemagne). — Dépôt de documents : M. Delasiauve. — SUR L'ARTICLE 29 DE LA LOI DU 30 JUIN 1838, par M. Rouby; observations de M. Echeverria. — ESSAI SUR LA PHYSIOLOGIE NORMALE ET PATHOLOGIQUE DE L'ENCÉPHALE, par M. E. Fournié. — SUR L'HÉRÉDITÉ PSYCHIQUE ET MORALE, par M. Fournet. — Clôture du Congrès : discours de M. Hack Tuke, traduit par M. Echeverria : MM. Motet, Brosius. — Adoption du procès-verbal de la séance.

La séance est ouverte à 4 heures.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

M. LE PRÉSIDENT. C'est aujourd'hui la dernière séance du Congrès. Je crois devoir vous rappeler l'emploi des deux journées de clôture.

Ce soir, à 7 heures et demie, banquet, par souscription, à l'hôtel Continental.

Demain, visite à l'établissement de MM. Labitte.

Vous connaissez cet établissement, qui est l'un des plus importants de France. On y reçoit des pensionnaires et des aliénés indigents entretenus par les départements. Cet établissement a institué, sur une grande échelle, ce qu'on pourrait appeler la culture agricole par les aliénés.

MM. Labitte vous prient de visiter leur asile, et vous réservent le plus cordial accueil.

Lundi, départ pour Rouen. Vous vous rappelez que, pour ce voyage, le chemin de fer met à votre disposition des billets à moitié prix.

Maintenant la séance d'aujourd'hui est ouverte. M. Baillarger est absent; moi-même, n'ayant pas été averti à temps, j'aurai le regret de ne pouvoir rester au milieu de vous. Nous avons eu déjà l'avantage de voir la présidence acceptée par quelques-uns de nos confrères étrangers. Je crois pouvoir, en votre nom, prier aujourd'hui l'un d'entre eux de venir prendre place au fauteuil. (Oui! oui!)

M. Echeverria, voudriez-vous bien accepter la présidence?

(M. Echeverria se rend au désir de l'Assemblée, et prend place au fauteuil.)

M. le professeur Lasègue. M. le Secrétaire général va nous donner lecture d'une adresse communiquée au Congrès par plusieurs médecins directeurs d'asiles de province.

Le Congrès, avant de se séparer, adresse des remerciements à ses organisateurs, aux membres du bureau, à M. le Ministre de l'intérieur, à l'administration centrale et à l'inspection des asiles, qui ont pris le Congrès sous leur patronage, enfin à ceux des conseils généraux qui y ont adhéré, en procurant à nos collègues les moyens de s'y rendre.

(Suivent de nombreuses signatures.)

M. le professeur Lasègue. Quelle suite faut-il donner à ces remerciements? Faut-il les transmettre au Ministre?

Un Membre. Au Ministre, par les voies officielles. (Assentiment général.)

M. le professeur Lasègue. Je vous rappelle qu'il a été fait un certain nombre de propositions relatives aux aliénés dits «criminels». L'un des membres de ce Congrès, M. Barbier, magistrat éminent, a bien voulu résumer le résultat de ses observations. Si le Congrès accepte la pensée de M. Barbier, il pourra l'exprimer sous forme d'un vœu.

M. le Secrétaire général va donner lecture du travail de M. Barbier, et vous verrez si, pour vous, il y a lieu de voter *oui* ou *non*.

Le Congrès international de Médecine mentale, après la discussion et la délibération qui ont eu lieu aux séances des 6 et 7 août 1878, émet le vœu suivant :

Dans tous les cas où un individu poursuivi pour crime ou délit aura été relaxé ou acquitté comme irresponsable de l'acte imputé, en raison de son état mental, il sera interné dans un établissement d'aliénés, par mesure administrative.

Si cependant la sortie est demandée pour cause de guérison, avant que cette sortie soit ordonnée il devra être examiné si cet individu n'est pas légitimement suspect de rechute.

Cet examen sera fait par une Commission mixte composée :

1° Du médecin de l'asile au service duquel appartient l'individu dont il s'agit;

2° Du préfet du département ou de son délégué;

3° Du procureur général du ressort ou de son délégué.

La Commission pourra faire appel, si elle le juge nécessaire, au concours et aux lumières spéciales de tous autres médecins aliénistes.

Si la Commission juge que l'individu n'est pas suspect de rechute, sa sortie sera ordonnée.

Dans le cas contraire, il sera sursis de droit à la sortie.

L'effet de ce sursis ne pourra se prolonger au delà d'une année.

A l'expiration de chaque année, l'individu dont il s'agit, qui aura été l'objet, pendant le temps intermédiaire, d'une observation spéciale, sera soumis à un nouvel examen de la Commission mixte, qui statuera comme il est dit ci-dessus.

Ces dispositions sont applicables à tout individu interné par mesure administrative, à la suite d'une décision judiciaire intervenue sur des poursuites pour crime ou délit, à quelque époque que la sortie soit demandée, et quelle que soit la durée de l'internement.

Elles sont également applicables à la demande de sortie d'un individu condamné pour crime ou délit, et reconnu ultérieurement en état d'aliénation mentale.

Enfin le Congrès émet le vœu, que des asiles ou quartiers spéciaux soient affectés à l'internement des individus condamnés ou poursuivis par la justice répressive, et relaxés ou acquittés en raison de leur état mental.

M. le professeur Lasègue. Voilà le projet de vœu, je vais le soumettre à votre vote sans ouvrir un débat qui risquerait de se prolonger trop longtemps. Je ferai seulement deux remarques : la première, c'est qu'il ne s'agit que des aliénés qui ont été traduits en justice, des aliénés *criminels*. Or, il existe une catégorie d'aliénés criminels arrêtés immédiatement après la perpétration du crime, qui n'est pas un crime dans ce cas, mais qui est un assassinat, un incendie, etc., et qui ne sont pas même traduits en justice, et qui sont, par mesure administrative, immédiatement transférés dans un asile.

Ces aliénés, il n'en est pas question ici, car ce vœu suppose que tout aliéné ne pourra être l'objet de ce contrôle au moment de sa sortie que s'il y a eu condamnation ou examen judiciaire.

Un Membre. Je ne comprends pas bien. Par qui la sortie est-elle demandée?

M. le professeur Lasègue. Par le médecin de l'asile. Si le médecin de l'asile ne consent pas à la sortie, aucune de ces formalités n'a sa raison d'être. Ce médecin est juge souverain de cette sortie. Donc ces cas-là ne rentrent pas dans cette application, et cette formule n'a trait qu'au cas où le médecin jugerait le malade guéri. Oh! c'est un acte de défiance envers le médecin, il ne faut pas s'y tromper! Je ne peux pas vous dissimuler que mon opinion personnelle n'est pas favorable à une mesure de ce genre. Mais l'assemblée veut-elle voter sur cette proposition?

S'il n'y a pas un vote du Congrès, la proposition ne saurait avoir d'effet.

Un Membre. Je n'approuve pas non plus complètement la proposition. Je crois cependant qu'il serait bon de voter.

M. le professeur Lasègue. J'en reviens à ma proposition. Que ceux qui sont d'avis de soumettre cette proposition à un vote lèvent la main.

(L'assemblée décide que la proposition sera soumise au vote.)

M. le professeur Lasègue. Ce n'est qu'une proposition de vœu, bien entendu. Maintenant je suis sûr d'être votre interprète en remerciant M. le conseiller Barbier d'avoir bien voulu rédiger sous une forme précise ce qui était dans le vœu de tout le monde, *ce je ne sais quoi* qu'il y a à faire, comme le disait M. Constans.

(La formule proposée par M. le conseiller Barbier est mise aux voix et adoptée par l'Assemblée.)

M. le Président. La parole est à M. Brosius pour une communication.

PATRONAGE DES ALIÉNÉS.

M. Brosius, *médecin en chef à Bendorf* (Allemagne). Messieurs, en Allemagne, on a, comme en France, créé des Sociétés de patronage pour les aliénés indigents, sortis guéris des asiles. Je ne veux pas vous fatiguer par la longue histoire de ces œuvres dont le nombre, en Suisse et en Allemagne, s'est augmenté principalement dans les vingt dernières années. Je n'ai cessé moi-même d'en recommander la création et le développement. Les règles de ces établissements ne sont pas les mêmes partout. Il en est, comme celui du duché de Nassau, qui ne se préoccupent que des aliénés indigents pour les protéger à leur sortie de l'asile, les aider par des secours en argent, les prémunir contre les dangers de rechute. C'est également dans ce but restreint que se sont renfermées les Sociétés de patronage fondées plus tard en Alsace, en Hollande.

La Société de patronage du canton de Lucerne, en Suisse, a, la première, étendu l'ancien règlement. Elle ne soigne que les malades sortis de l'Asile, mais elle tend à améliorer le sort des aliénés, notamment pour l'alimentation, à accélérer la réception dans les asiles des personnes récemment tombées malades. Cet élargissement de l'activité d'une Société de patronage constitue un grand progrès; il a ouvert la voie à de nouveaux bienfaits. Le bon exemple donné par le canton de Saint-Gall a été suivi par l'asile cantonal de Lucerne, de Zurich et par nombre d'autres en Allemagne, en Sibérie, et notamment par l'hôpital Saint-Jean, en Westphalie.

La nécessité des Sociétés de patronage des aliénés est si grande que le nombre en est au-dessous des besoins, et que nous attendons surtout encore de bonnes lois pouvant donner satisfaction aux besoins si impérieux de cette nature.

Si l'on considère l'insuffisance actuelle des moyens employés pour venir en aide à tant d'infortunes, on est étonné de ne pas voir se généraliser et se répandre le bon exemple donné par quelques asiles qu'on peut à bon droit citer pour modèles. Il est vrai que les difficultés sont grandes pour créer une société de patronage, notamment dans les grandes villes et les capitales, mais on peut faire quelque chose, on peut surtout commencer. Il nous appartient, Messieurs, de propager cette idée, de la défendre, d'en hâter la mise en pratique. J'ai cru qu'il était de mon devoir de venir, en mon nom et au nom de beaucoup de mes confrères, affirmer et encourager cette œuvre du développement des Sociétés de patronage des aliénés. (Applaudissements.)

M. le Président. La parole est à M. Delasiauve.

M. Delasiauve. Messieurs, j'aurais bien désiré présenter à la Société un travail que je m'étais proposé de terminer pour aujourd'hui. Malheureusement, le mauvais état de ma santé et d'autres circonstances qu'il est inutile d'énumérer ne m'ont pas laissé les loisirs nécessaires. Seulement, permettez-moi, je vous prie, d'offrir à l'Assemblée un exemplaire de deux communications que j'ai faites l'année dernière.

Le premier de ces travaux est intitulé : *De la classification des maladies men-*

tales, au double point de vue, non seulement de la clinique, mais de la psychologie, qui doivent se prêter un mutuel appui.

J'ai l'honneur de déposer aussi sur le bureau un second travail, — conséquence du premier, — un Mémoire sur un procès considérable qui a eu lieu à Marseille, et qui soulève une question médico-légale du plus haut intérêt, et enfin un travail sur les pséudo-monomanies.

M. le Président. Je remercie M. Delasiauve, dont les importants travaux nous sont bien connus, et je donne la parole à M. Rouby pour la lecture d'un Mémoire.

L'ARTICLE 29 DE LA LOI DU 30 JUIN 1838.

M. Rouby, de Dôle. Messieurs, la loi du 30 juin est une loi bien faite ; elle atteint son double but : la protection de l'aliéné, la protection de la société; la plupart des médecins aliénistes regardent comme chose inutile la refonte de cette loi, mais veulent quelques modifications à certains articles qui la composent; c'est la nécessité d'une de ces modifications dont je viens vous donner la preuve. Cette modification porterait sur le paragraphe suivant de l'article 29 : Lorsque la mise en liberté d'un aliéné sera demandée au tribunal du lieu, «la décision sera rendue sur simple requête, en chambre du conseil et sans délai; elle ne sera point motivée».

D'après cet article de loi, lorsqu'un aliéné se pourvoit devant le tribunal, les magistrats le font comparaître devant eux et jugent, après un interrogatoire sommaire, s'il doit être maintenu dans l'asile ou mis en liberté, c'est-à-dire, en somme, s'il est ou n'est pas aliéné; de par la loi, les membres d'un tribunal civil deviennent de véritables médecins, qui plus est, médecins aliénistes; opinent gravement que telle personne est folle, que telle autre ne l'est pas, et jugent, sous prétexte de protection, de pauvres aliénés qui demanderaient en général à être protégés d'une manière plus efficace.

A Paris, Messieurs, la science s'impose, et aucun magistrat, je crois, ne voudrait déclarer non malade un aliéné jugé tel par l'un de vous. Il arrive là ce qui se produit lorsqu'une loi est mauvaise : l'usage devance l'abolition du texte. Il n'en est pas de même partout; mes observations vont vous prouver combien il serait nécessaire qu'aucun aliéné, demandant aux tribunaux son élargissement, ne fût mis en liberté sans être examiné par des médecins.

Depuis huit ans je dirige une maison de santé : or, depuis cette époque, la mise en liberté de quatre malades a été ordonnée, malgré mes certificats constatant leur état d'aliénation mentale, malgré aussi mes demandes d'examen par quelques-uns de mes collègues. Les juges ont agi selon leur conscience, et leur jugement, rendu de bonne foi, doit être respecté. Ils se sont trompés pourtant : trois fois déjà le plus triste résultat a été obtenu; le dernier cas date de quelques jours seulement; j'en joindrai l'observation aux trois autres, et vous pourrez décider de quel côté était la vérité, la vérité dont la recherche doit être le but unique de tous ceux qui s'occupent de ces questions, magistrats ou médecins.

Première observation. — M. A..., âgé de quarante ans, célibataire, est entré le

2 mars 1869. Ses antécédents héréditaires sont des plus graves: un de ses frères, atteint d'hallucinations, meurt après treize mois de maladie, au milieu d'un accès de manie aiguë. Depuis 1837 son père a des hallucinations; il cherche, dit-il, un gredin qui lui parle à l'oreille; il a plusieurs crises de folie furieuse chaque année.

En 1867, sa sœur prend un accès de lypémanie; elle guérit après deux ans de traitement.

Le sujet de cette observation, M. A... est maigre, petit mais fort; il gère une grande maison de commerce où ses services sont appréciés et largement rémunérés. Sa conduite irréprochable lui attire l'estime de ses maîtres; son caractère bon et serviable le fait aimer de tous ceux qui ont des rapports avec lui; il est sobre et ne s'enivre jamais. Il prétend n'avoir pas fait d'excès vénériens. En 1859 il souffre d'une maladie de peau qu'il n'indique pas et qui dure deux mois environ. Depuis un an M. A... éprouve des tremblements dans les mains lorsqu'il écrit; il fait des fautes de calcul, saute des lettres et même des mots dans sa correspondance. Il rentre dans sa famille au mois de février 1869. Éclate alors une crise de manie aiguë. Voici comment le malade la raconte:

«Le mardi 28 février 1869, comme je toussais beaucoup et que la toux et les crachats étaient étranges, je fis appeler le Dr S... de Besançon; il m'ausculta, crut que j'avais le poumon droit attaqué, et ordonna un vésicatoire sur le sein droit. Le mardi soir j'eus pour la première fois une hallucination, je voyais dans les rideaux de mon alcôve un personnage qui me tenait des propos singuliers. Le lendemain pareille chose se présenta, mais c'étaient des personnes de connaissances qui me riaient au nez tout en me nommant.

«La nuit du jeudi au vendredi fut horrible; au travers de la cloison de l'alcôve où je couchais, je voyais des lieux, des scènes et des personnes animées, qui m'étaient inconnues. Une voix d'homme me tenait des propos insultants sur une personne de ma famille; cherchant à le saisir je fis du bruit et me réveillai. Le vendredi 26 dans la matinée, je vis sur la cloison, au pied de mon lit, des photographies de couleur noire, représentant des personnes que je connaissais plus ou moins; ce fut l'affaire d'un instant. Le soir du même jour j'eus des scènes à personnages animés et causant ensemble. Le samedi vers 9 heures et demie, j'étais assis dans un fauteuil devant la cheminée; je vis apparaître un jeune homme que je connaissais, accompagné de deux femmes inconnues, tous trois en costume de bal masqué, qui me tinrent une conversation dont je me souviens très bien, mais qu'il est inutile de rappeler ici. J'ai craint que ma sœur n'ait vu et entendu comme moi, mais d'après ses réponses, je compris que c'était encore une hallucination. Je sais aujourd'hui à quoi m'en tenir et je puis affirmer que l'illusion était telle que ces personnages paraissaient être réellement des personnes animées. Convaincu que les hallucinations allaient m'empêcher de reprendre mon travail et que j'allais être à la charge de ma famille, je ne pus supporter cette idée et je résolus de mettre fin à mes jours. Je me servis d'un couteau de poche aiguisé et me mis à me couper les testicules. Je fus arrêté dans mon entreprise, fort heureusement, car je ne saurais pas ce que je sais, et aujourd'hui je tiens d'autant plus à la vie que j'ai l'espoir de faire punir ceux qui ont fait, non seulement mon malheur, mais celui de ma famille.»

Tous les symptômes de manie apparaissent alors: fièvre intense, délire; il frappe les personnes qui l'entourent, il crie, s'accuse d'avoir tué sa mère, d'avoir volé, etc.

«A partir de ce moment, dit-il, je ne me souviens plus de ce qui s'est passé autour de moi; j'ai vu défiler une série de scènes occupées par nombre de personnes connues ou inconnues. J'ai cru faire le voyage de Londres, j'ai cru être nommé roi de la Bourse et ramasser une immense fortune; comme auparavant, l'illusion était si complète, que j'ai cru à cette fortune pendant les deux premiers mois de mon séjour ici. Depuis, je me suis dégagé de tout cela; je sais comment ont été produites ces illusions.»

Nous voyons la marche progressive de la folie: d'abord hallucinations de la vue, puis

hallucinations de l'ouïe et du toucher avec des intervalles lucides, enfin les fausses sensations sont continuelles et produisent l'accès de manie aiguë. Cela dure plusieurs jours. C'est à cette époque que le malade est conduit dans notre maison. Sous l'influence du traitement, ses hallucinations se modifient, passent peu à peu, c'est-à-dire qu'elles sont moins fortes, intermittentes; celles de la vue ne persistent pas, et il ne reste que des hallucinations de l'ouïe et du toucher. Pour celles-ci le malade va trouver une explication très curieuse, laissons-lui la parole :

«Dans la nuit du 13 au 14, j'ai pu me convaincre que mes hallucinations résultaient de manœuvres pratiquées par des gens inconnus, mais bel et bien vivants, car à partir de minuit, j'ai reçu dans la bouche des liquides très désagréables, en même temps que j'entendais des voix que j'avais déjà entendues; jusqu'à ce moment ces voix n'ont pas cessé de se faire entendre et m'ont tout raconté.»

Je résume tout ici. Un médecin et quatre ou cinq domestiques, anciens forçats, lui servant d'aides, sont cachés tantôt dans la cheminée, tantôt dans la forêt voisine, et s'occupent de le tourmenter. C'est au moyen d'une machine désignée sous le nom de panto-télégraphe qu'on lui lance les liquides malsains en même temps qu'il entend les voix de ses persécuteurs; on l'atteint sur tous les points du corps. Un jour il aperçoit sur son pantalon cinq taches noires ayant l'apparence de taches de fumier; tout aussitôt il entend ses ennemis entonner un chant de triomphe. Mais c'est surtout au fond de la bouche que ses ennemis lui lancent, sous forme de salive, des choses horriblement malpropres. Pour combattre ces matières empoisonnées et pour s'en débarrasser, M. A... conserve toujours près de lui un grand pot d'eau, une cuvette et un verre; à chaque instant il se lave la bouche, de temps en temps aussi, pour la même raison, il se place des linges mouillés entre les épaules; souvent il tousse en faisant la grimace pour se débarrasser de cette salive empoisonnée.

Au mois de juin 1870, il affirme qu'il est guéri, qu'il n'entend plus rien, il désire être mis en liberté; il sait bien que les hallucinations dont il se plaint sont la cause de son internement. Pendant plusieurs jours il va nier ses hallucinations.

«Au mois de juin, dit-il, je fus convaincu qu'en disant la vérité je ne pouvais me faire croire de personne, et je résolus de mentir à tout le monde, afin de hâter le jour de ma délivrance.

«Le 1er juin, je déclarais au docteur que je ne voyais et n'entendais plus rien ni personne, que mon sommeil n'était plus troublé. Je tins le même langage à ma famille, en ajoutant, ce qui était vrai, que ma santé était excellente, et que j'étais tout à fait en situation de reprendre mon travail. A diverses reprises je fus interrogé avec beaucoup de ténacité, je dois le dire, sur les souffrances que me faisaient endurer les gens dont je m'étais plaint. J'avoue franchement que je mentis effrontément et que chaque fois qu'on m'en parlait, et c'était fort souvent, je niais leur existence, décidé à souffrir en silence sans rien demander à personne, et arriver à recouvrer le plus tôt possible ma liberté, qui, à mon avis, est le plus précieux des biens. J'allai ainsi jusqu'au 28 août, jour de ma fête, jour fatal. Le matin, le docteur entra dans ma chambre vers 7 heures, aperçut ma carafe d'eau et mon verre et ordonna d'enlever ces objets. J'eus peur un instant en m'en voyant privé; je suppliai le docteur de me les laisser, et il me refusa net. J'avais, dans ces trois mois, recueilli des renseignements qui me donnaient l'espoir d'être cru, j'affirmai donc de nouveau l'existence des ennemis que j'avais déjà signalés.»

Jusqu'à l'année 1873, M. A... reste dans cet état; chaque jour il conserve de la salive dans un vase, la laisse dessécher et de temps en temps il m'en donne un paquet comme preuve de ses dires.

Je combats ses idées jour par jour, mais rien ne peut les lui faire abandonner. Au

mois de février il me remet une demande qu'il adresse au tribunal de Dôle pour obtenir sa sortie. Depuis un mois, voyant que je lui oppose toujours ses hallucinations comme obstacle à son élargissement, il prétend ne plus rien entendre et ne plus rien sentir; mais comme il continue à prendre certaines précautions pour manger, comme il continue à racler son gosier et à conserver le produit de ses expectorations, il est facile de voir que les hallucinations persistent.

Sans faire examiner l'aliéné par un autre médecin, malgré mon certificat concluant à la folie, malgré le vœu fortement exprimé par la famille que le traitement soit continué, le tribunal de Dôle mit M. A... en liberté. Quelques jours après celui-ci m'écrivait pour me remercier de mes soins, et me faisait entendre qu'il avait été assez fort pour cacher ses hallucinations aux juges qui l'interrogeaient.

Pendant deux ans, M. A... habite Lyon; il tient les livres d'une maison de commerce; on ignore ses antécédents; un jour j'apprends qu'il est rentré dans sa famille à la suite d'un affreux accident. Voici ce qui s'était passé : les hallucinations étaient revenues plus fortes, plus troublantes; depuis six mois, la personne chez qui il prenait ses repas remarquait en lui des allures étranges : il mangeait d'une manière irrégulière; très souvent il ne voulait rien prendre. Un jour il cesse son travail, il est agité, il se plaint d'une maladie de poitrine, il veut être seul dans sa chambre; il reçoit chaque matin la visite d'un médecin, mais ne lui parle pas de ses hallucinations; une nuit le pauvre malade ne sait ce qui s'est passé, mais les locataires sont réveillés par un grand bruit. M. A... s'est précipité par la fenêtre d'un cinquième étage; tombé sur un toit en verre qu'il a brisé, il a été relevé dans l'état le plus horrible, avec cinq ou six fractures des membres et de graves contusions. Sa vie a été longtemps en danger. Il a guéri, mais ses articulations ankylosées ne lui permettent plus, depuis trois ans, de faire aucun mouvement.

Si nous voulons connaître les pensées qui ont conduit le malade à cet acte, reportons-nous à la crise qui a précédé son entrée dans notre maison : mêmes symptômes du côté de la poitrine, même délire général, même idée de suicide.

Comme résultat, un corps inerte à la charge de sa famille. Pendant toute sa vie on le portera, comme aujourd'hui, de son lit sur un canapé le matin, du canapé à son lit le soir. Au moment de sa sortie de notre maison, l'état du malade s'améliorait lentement, on pouvait espérer le guérir. La liberté intempestive qu'on lui rend interrompt le traitement; la marche de la maladie, qui était décroissante, reprend une marche en avant pour arriver au triste événement que je viens de raconter.

Deuxième observation. — Le second malade mis en liberté est un épileptique dangereux. Plusieurs fois il a commis ou essayé de commettre des crimes, soit avant son entrée, soit pendant son séjour dans notre maison. Voici son observation :

M. L... présente plusieurs cas d'épilepsie dans sa famille; une sœur atteinte de ce mal depuis l'âge de trois ans est morte, à trente ans, dans un état complet d'idiotisme; son père, à la suite de revers de fortune, présente, pendant deux années consécutives, des accidents qui paraissent de nature épileptique; une ou deux fois par jour il tombait et restait privé de connaissance pendant une heure environ. M. L... est architecte; il habite l'Algérie depuis trente ans; il y remplit des fonctions importantes. Il n'a éprouvé, jusqu'à l'âge de quarante ans, que de légers malaises accompagnés de spasmes, sans doute des attaques de petit mal; à partir de quarante ans, les crises d'épilepsie sont bien caractérisées; il a d'abord une crise tous les huit, dix ou quinze jours; plus tard les attaques viennent par période; elles sont fréquentes dans la même semaine, nulles dans

les semaines suivantes; pendant les jours d'attaque, le malade perd plus ou moins la raison; les périodes de folie n'étaient pas dangereuses au début.

Le malade passait ses journées à chanter, à danser, à déraisonner; parfois, la nuit, il sautait par la fenêtre pour aller ramasser des cailloux que la lune rendait brillants et qu'il rapportait comme des pierres précieuses; le spiritisme, dont il s'occupait dans ses moments de lucidité, était fréquemment le sujet de ses divagations. Lorsque les crises étaient passées, le malade reprenait peu à peu ses facultés, tout en conservant un peu de désordre dans les idées. Depuis sept ans, chaque période d'accès s'accompagnait d'hallucinations de l'ouïe et de la vue, et d'accès de manie aiguë de plus en plus dangereux. Plusieurs fois il essaye d'étrangler sa femme, plusieurs fois il frappe des voisins. Enfin, le 30 janvier 1870, il sort seul pour se promener, il se jette brutalement, sans agression de leur part, sur plusieurs personnes qu'il rencontre et les blesse grièvement; il rentre chez lui, se met à table en silence, son domestique le sert; au moment où il se penche pour lui présenter un plat, M. L... se retourne brusquement et le frappe de trois coups de couteau. Si les blessures n'entraînèrent pas la mort, elles forcèrent le pauvre serviteur à garder le lit pendant trois mois. Après cet acte, M. L... reste impassible, ne cherche nullement à s'enfuir, oublie ce qui s'est passé. Il est arrêté; mais les médecins appelés pour l'examiner constatent l'état de folie et l'irresponsabilité du malade; il est interné par mesure administrative dans l'asile d'aliénés d'Aix, puis dans celui de Marseille. Quelques jours après, Mlle L..., sœur du malade, apprend la séquestration de son frère; elle accourt près de lui, le trouve lucide, raisonnant bien; il ignore, dit-il, la cause de cet internement; sa femme a voulu sans doute se débarrasser de lui. Mlle L... ne peut croire à la maladie de son frère; elle accepte les accusations du mari contre la femme; elle fait des démarches actives et finit par obtenir la mise en liberté de cet épileptique. Le malade est amené à Dijon; trois mois après, Mlle L... m'écrit : «Depuis quelque temps mon frère est plus souffrant, les époques des crises deviennent plus rapprochées, les accès sont plus forts; quelques jours avant ses attaques, il est d'une agitation telle, que je suis souvent inquiète à son sujet; il est probable que nous ne pourrons pas le garder longtemps à la maison, malgré le chagrin que nous avons tous à le voir privé de sa liberté; lorsqu'il est en bonne santé, il n'est, je vous assure, ni fou ni idiot, et sentira bien vivement le chagrin d'être loin de sa famille.» Puis, en post-scriptum : «Je me décide enfin à vous envoyer ma lettre, nous venons d'avoir une scène qui nous détermine à cette cruelle séparation.» Pendant la nuit, M. L... s'était levé sans bruit, avait doucement ouvert la fenêtre, et saisissant par les pieds son domestique endormi, il avait essayé de le jeter dans la rue; le garçon, accroché au balcon, se défendait avec peine contre les efforts puissants du malade. On eut le temps d'accourir à ses cris et de l'arracher des mains de ce forcené, qui, le lendemain matin, avait complètement oublié les faits de la nuit.

Il entre dans ma maison le 29 août 1870. A son entrée, il ne s'étonne ni du changement de résidence, ni de l'état des malades qui l'entourent, ni du départ des parents qui l'ont amené; ses actes dénotent une indifférence complète. Il rencontre le billard et se met à jouer seul pendant plusieurs heures; il est calme, lucide; sa santé générale est bonne. Le 22 septembre, il devient irritable, demande à sortir de l'établissement, et, sur le refus des gardiens, les menace de coups de couteau; quand on lui dit d'attendre la visite de ses parents, il les injurie et ne veut plus les revoir. Le soir même de cet accès furieux, le malade prend un accès d'épilepsie suivi de quinze autres pendant la semaine.

La vie de L..., au point de vue pathologique, peut se partager en deux parties : des périodes de folie dangereuse, qui durent quinze jours environ, et pendant lesquelles surviennent les attaques d'épilepsie; des périodes de lucidité, d'autant plus complètes, que l'intervalle entre les crises est plus grand; c'est dans ce moment que le malade

s'étonne d'être privé de sa liberté, fait des observations, écrit aux autorités judiciaires et administratives. Pour ne pas suivre son observation pas à pas, je prends quelques-uns des faits les plus saillants de sa maladie. Au mois de janvier et de février 1871, le malade n'a pas d'attaques d'épilepsie; elles sont remplacées, au mois de janvier, par plusieurs accès de colère, et, au mois de février, par un accès de fureur des plus violents. Depuis trois jours, mauvaise humeur très marquée, le malade se plaint de tout; le 12, au repas du soir, je lis mon journal près de lui, M. L... se lève brusquement de table et me fait une réclamation en élevant très fort la voix. Puis, sans attendre ma réponse, le malade saisit son couteau, renverse la table chargée du service, qui nous sépare, et se précipite sur moi comme une masse. J'évite le choc, quatre gardiens accourent; il lutte un moment contre eux avec une violence inouie; tout à coup il cède, fait semblant d'être mort et se laisse emporter, sans faire un mouvement. Une heure après, il reprenait son repas interrompu.

Pendant une autre période de fureur, on a enfermé M. L... dans une cellule; il veut tuer tous ceux qui approcheront; il menace, il écume, il est comme une bête fauve furieuse dans une cage. Un gardien le surveille du dehors; il s'écrie qu'il va se donner la mort et commence à déchirer ses vêtements avec la plus grande rage; détail à noter, au milieu de son accès de fureur il a soin d'ôter la montre de son gilet et de la poser doucement dans un coin de la chambre, pour qu'il ne lui arrive aucun accident, puis il continue à mettre ses vêtements en lambeaux. Lorsqu'il est complètement nu, il s'attaque au grillage de la fenêtre et ses efforts sont si puissants qu'il finit par le démolir; il brise alors les carreaux et s'étend sur le plancher. La journée est froide, il gèle, il veut se laisser mourir de froid. On est venu m'avertir; lorsque j'entre dans la cellule, le malade fait semblant d'être mort.

On l'emporte dans sa chambre, on le réchauffe dans son lit; la crise est finie; le malade s'endort; le lendemain il a tout oublié. Les crises se succèdent ainsi plus ou moins fortes, il veut en finir avec la vie, dit-il souvent, et, pour arriver à cette fin, il commettra un crime.

M. L... était dans cet état, jugé par nous incurable, lorsqu'au mois de décembre 1871 il demande sa sortie au tribunal civil de Dôle.

Le D[r] D... de Dôle, chargé par le tribunal de faire un rapport sur l'état de M. L..., l'examina quelque temps après une attaque d'épilepsie.

«Je conclus de ce qui précède, écrit-il dans son rapport, que M. L... n'est pas guéri, loin de là, et que son état réclame la continuation des soins auxquels il est soumis.»

Trois mois après, nouvelle demande de sortie; le tribunal désigne deux autres médecins de la ville pour examiner le malade; leur certificat constate l'épilepsie et la nécessité de l'internement. On passe outre, et le malade est mis en liberté le 27 août 1872. La sœur du malade a loué une petite maison de campagne pour y soigner son frère; elle ne peut trouver aucun gardien pour le surveiller, tellement la terreur qu'il inspire est grande. Il meurt trois mois après sa sortie.

«Depuis le jour de sa sortie, m'écrit sa sœur, jusqu'au jour de sa mort, le malade éprouvait, à certains moments, un peu d'engourdissement; d'autres fois il était indocile, intraitable, toujours prêt à entrer en fureur; mais avec de grands ménagements je parvenais, non pas toujours à le gouverner à ma guise, mais au moins à le calmer; il n'est sorti seul qu'à de très rares moments; quand il parvenait à échapper à ma surveillance, il rentrait alors triomphant et son air radieux me faisait oublier les moments d'angoisse que m'avait causés son absence.

«Au mois de décembre, mon frère fut pris, à deux reprises différentes, de tremblements nerveux tellement violents, qu'il fallut le mettre au lit. Ces jours-là il ne man-

geait ni ne parlait, il était comme engourdi, et ne manifestait aucun désir; puis l'engourdissement augmenta de jour en jour; il se levait, mais il parlait souvent comme dans un rêve, et murmurait des phrases sans suite et inintelligibles. Un soir il fut trouvé aux lieux d'aisances profondément endormi; son bonnet de coton, incliné du côté de la bougie, avait pris feu et flambait sur sa tête... Le 24 décembre, comme je sortais, il se mit à courir tout autour de ma chambre d'un air en colère, en me disant: Sors, puisqu'il le faut, mais reviens vite. Il pria la femme de ménage de l'aider à se mettre au lit, et pendant qu'elle le déshabillait, il s'endormit. Depuis ce jour, le mal a augmenté rapidement; il est mort le 5 janvier, après une agonie de plusieurs jours, sans avoir repris connaissance.»

Troisième observation. — M. M..., âgé de quarante-quatre ans, est entré dans notre maison le 8 septembre 1874; il n'y a aucun aliéné parmi les parents du premier et du deuxième degré. Il est né d'une famille des plus honorables, qui n'a rien épargné pour son instruction et son éducation. Mais dès son jeune âge il s'est livré à l'onanisme, dont il a conservé l'habitude jusqu'à ce jour; plus tard il devient ce qu'on est convenu d'appeler un mauvais sujet; à l'âge de dix-huit ans il s'engage comme soldat, et, à partir de ce moment, pendant vingt ans, outre son défaut habituel, il se livre à tous les excès de boisson et de liqueurs fortes. Au mois de janvier 1870, il est atteint d'une attaque d'apoplexie suivie d'hémiplégie. La paralysie de la jambe se dissipe peu à peu et permet la marche avec un bâton. La paralysie du bras reste complète, avec contracture des doigts et de la main.

Rentré dans sa famille, le malade ne tarde pas à donner des symptômes d'aliénation mentale, il éprouve des hallucinations de l'ouïe, du goût et du toucher; ses aliments ont un goût particulier et il accuse une sœur, qui habite Dijon, de lui faire avaler, au milieu de ses repas, diverses poudres dont il a la sensation. Il a, dit-il, dans le corps, un petit animal vivant, qu'il appelle diablotin; celui-ci s'est logé dans son ventre où il a établi un centre d'action. Au moyen de nerfs, agissant comme des ficelles et dont il tient les bouts dans sa main, ce diablotin lui fait éprouver des contractures douloureuses. Il croit que ses parents sont des ennemis qui veulent sa mort. Il fait part de ses accusations à tous ceux qui veulent l'entendre, et un jour il quitte la maison paternelle pour aller s'établir dans un hôtel. Bientôt les gens qui l'entourent deviennent l'objet de ses soupçons, et c'est avec son consentement que la famille le fait entrer dans notre établissement; il espère que là il n'aura pas à souffrir les persécutions de ses parents.

Pendant les seize mois de son séjour dans notre maison, l'état du malade n'a pas varié; délire des persécutions contre sa famille et contre nous; contre sa famille, qu'il accuse de toutes les turpitudes que son imagination malsaine peut inventer; contre nous, qui mêlons à ses aliments des remèdes et des substances chimiques pour entretenir la cause de ses douleurs. Le diablotin, logé dans son ventre, lui parle de temps en temps et toujours pour accuser les personnes de son entourage. Ce diable lui donne des coups dans l'estomac; il les inscrit sur un registre que j'ai entre les mains, de la manière suivante:

Le 30 juin, trois petits coups, ma bonne;

Le premier juillet, quatre petits coups, ma bonne. Pendant le mois de juillet, il avait reçu soixante-treize coups, ma bonne. Il ne dit pas ce que signifient ces mots «ma bonne». En outre, M. M... se croit chez nous l'objet d'un traitement homœopathique pour le guérir de l'onanisme. Ce traitement consiste en drogues qui le forcent à se masturber malgré lui. Pour nous le prouver, le matin à la visite, il se livre à cet exercice devant moi et les gardiens en nous accusant d'en être la cause.

Je cite une de ses lettres :

«Pourquoi mes parents, conseillés par M. le D[r] X..., de Dijon, me font-ils suivre, sans

m'avoir préalablement prévenu, un traitement homœopathique pour une paralysie qu'on croit causée par l'onanisme. Pourquoi m'ont-ils amené en avril 1874, par une diminution progressive des forces, au point d'annihiler mon libre arbitre, à me faire prendre certains médicaments qui, depuis cette époque, me font souffrir le martyre.»

Dans son registre, M. M... marque jour par jour dans quel aliment se trouve la drogue avec laquelle nous l'empoisonnons : 27 juin, fraises et drogues; le 8 juillet, framboises et drogues; le 9 août, prunes et drogues. Le 20, je prends dans mes aliments du bromure de potassium et du poivre granulé. Dans une autre note du malade nous lisons ceci :

«Au mois d'octobre 1873, un médecin de Dijon, M. le Dr J.., est venu me visiter; ce docteur m'a fait une incision légère à l'épaule. Qu'y a-t-il introduit? Je n'en sais rien, mais depuis lors je souffre le martyre. En avril 1874, ma sœur m'a fait prendre une potion très forte (on aurait dit de l'esprit) qui a aggravé le mal... On a introduit dans mon corps un petit animal qui a charge de nettoyer les muscles et les nerfs encrassés; le travail opéré, les maux reprennent comme avant; lorsque l'animal veut commencer, il pousse un cri; à ce signal, les maux s'en vont tous à la fois. Voilà ce que je sais : depuis octobre 1873, des remèdes ont toujours été mis dans mes aliments; je crois que c'est un sel et un certain poivre.» Dans une autre note je lis ceci : «Dans le cas où je viendrais à mourir dans la maison du Dr Rouby, j'exige que mes héritiers fassent faire mon autopsie et poursuivent le Dr Rouby, s'il y a lieu. Mes donations ne seront valables que dans le cas où je viendrais à mourir des suites du traitement que ma famille me fait suivre pour ma paralysie.»

Les hallucinations du goût, du tact et de l'ouïe sont donc bien marquées et nous en trouvons la preuve irrécusable dans les lettres et les notes du malade, écrites dans le mois même de sa sortie. L'état d'aliénation de M. M... ne s'améliore pas pendant son séjour dans notre maison, il s'aggrave au contraire chaque mois.

Lorsqu'on ne met pas le malade sur l'objet de son délire, sa conversation est raisonnable. M. M... fait des poésies, voire même des tragédies; ses vers, non seulement se tiennent sur leurs pieds, mais sont passables, et ses tragédies supportent la lecture; sa facilité même pour la versification est excessivement grande. C'est dans ces circonstances que M. D..., maire, en 1875, de la petite ville où est domicilié notre malade, croit rencontrer une nouvelle affaire Sandon.

Au vu de ses lettres, M. D... veut se couvrir de gloire en faisant rendre la liberté à un pauvre opprimé; il soulève l'opinion de la ville contre la famille déjà si malheureuse, il écrit au parquet de Dôle, de Loubans, de Mâcon, aux préfectures de ces différentes villes; un médecin est désigné par le parquet pour examiner M. M... et fait un certificat constatant l'aliénation mentale. Le maire, à qui M. M... a raconté toute l'histoire de sa bête, n'en tient compte, et lui recommande de n'en pas parler, parce que, dit-il, cette histoire pourrait le faire passer pour fou; puis il fait une demande au ministère pour obtenir la mise en liberté. Le malade est interrogé en vertu de l'article 29. Les membres du tribunal de Dôle, chargés d'examiner le malade, le mettent en liberté.

Rentré chez lui, M. M..., que sa famille refuse de recevoir, va se loger dans le premier hôtel de la ville; mais là on nourrit le petit animal; il s'en plaint, et va se loger ailleurs. Il parcourt ainsi toutes les maisons qui peuvent le recevoir et raconte à tous ceux qui veulent l'entendre que sa famille paye les hôteliers pour continuer l'empoisonnement. Les yeux de tous les habitants, y compris ceux de M. le maire, commencent à s'ouvrir. Entre temps, M. M..., pour vexer sa famille, fait une donation d'une partie de sa fortune à une servante qui n'a d'autres titres à cette générosité que d'avoir été renvoyée de la maison paternelle. Il m'envoie l'huissier et entame un procès en dommages-intérêts pour son injuste internement.

Enfin la folie n'est plus douteuse pour personne, et, deux mois après sa sortie, M. le maire lui-même réclamait la réintégration dans un asile d'aliénés. M. M..., depuis cette époque, est interné dans l'asile départemental du Jura, où son état d'aliénation mentale ne fait de doute pour personne. M. le président du tribunal civil de Dôle me déclarait, en présence de ce résultat, qu'il ne mettrait plus un aliéné en liberté sans un certificat de médecins constatant la guérison.

Quatrième observation. — La malade qui fait l'objet de cette observation est atteinte de manie raisonnante. Mme L... présente un grand nombre d'aliénés dans sa famille; cinq de ses oncles ou cousins ont été atteints et sont morts d'aliénation mentale; l'un d'eux a fait parler de lui : il avait imaginé de vivre en ermite au sommet du mont Vésuve; l'ermitage, je crois, a été bâti par lui. On se souvient qu'un des plus grands orateurs de la Restauration, un homme dont l'honnêteté était proverbiale, dont la droiture politique était célèbre, eut l'incurable douleur de voir son fils condamné pour vol à plusieurs années de prison. Ce fut, en France, un étonnement immense; on ne pouvait concevoir qu'un tel père eût enfanté un tel fils; la distance morale était trop grande entre ces deux êtres de même sang. Peut-être trouverons-nous l'explication de ce phénomène étrange dans ce fait que le fils du grand orateur était, par sa mère, cousin de notre malade au deuxième degré.

Le père de Mme L... est mort, jeune encore, d'une attaque d'apoplexie; la mère, d'un caractère bizarre, est morte démente, dans un âge très avancé; les deux époux étaient cousins germains, et nous trouvons là une triste confirmation de cette loi naturelle qui fait qu'un vice héréditaire est aggravé par le mariage entre consanguins. Deux filles sont nées de cette union : l'aînée, après dix années passées dans des maisons de santé, meurt à l'âge de vingt-huit ans, dans une crise de manie aiguë; elle ne pouvait voir un homme sans venir, jupes relevées, s'offrir à lui. Il fallait employer la force pour se dégager de ses embrassements. La cadette fait l'objet de cette observation.

Les renseignements donnés par la famille sont les suivants : Depuis son mariage, le caractère méchant de Mme L... a fait souffrir tous ceux qui l'entourent. En 1867, à l'âge de quarante ans, elle commence à donner des signes d'aliénation mentale. Pendant plusieurs mois elle est persuadée qu'elle rencontre des individus qui ont sur elle une influence magnétique; lorsqu'elle croit qu'un passant a sur elle cette influence, elle le regarde avec des yeux terribles, marmotte quelques imprécations entre ses dents et fuit rapidement en retournant de temps en temps la tête. Lorsqu'elle pense qu'une personne de sa famille ou de ses connaissances est douée de ce pouvoir magnétique, cette personne devient l'objet d'un délire des persécutions et doit souffrir de sa part toutes les sottises imaginables. C'est à cette époque qu'elle a éprouvé, dit-elle, quelques hallucinations de la vue et du toucher. Un jour, un ours blanc entre dans sa chambre, s'avance vers elle et l'étreint dans ses bras : elle sentait parfaitement, dit-elle, le poil soyeux de sa fourrure et la chaleur de son haleine. Elle croit qu'un grain de tabac logé dans le coin de son œil la décompose lentement et doit amener sa mort. Elle raconte qu'elle a vu ses entrailles couler dans le ruisseau d'une rue, et, pendant plusieurs années, elle se croit privée d'organes thoraciques et abdominaux. Elle est conduite, en 1869, dans un établissement hydrothérapique. Là, pendant le temps de son traitement, en sortant du bain pour aller à la douche, elle ne veut sur elle ni linge ni peignoir; et, nouvelle Vénus sortant de l'onde, elle traverse triomphalement les salles et les corridors de l'établissement au milieu de la stupéfaction des employés. Volontiers même, orgueilleuse de sa nudité, elle s'arrête pour l'étaler, en prenant de grands airs, comme si la pudeur ne convenait qu'aux petites gens.

Un jour Mme L... se précipite dans le torrent près de la turbine de l'établissement, on la sauve avec peine : une idée de suicide l'a prise tout à coup, elle l'a mise immé-

diatement à exécution. A la suite de ce fait, elle est internée pendant six ans, en Suisse, dans une maison de santé. Voici les renseignements donnés par le médecin de l'établissement : Mme L... est incurable, il est dangereux de la mettre en liberté; on doit la surveiller de très près, de crainte d'accidents; elle veut, dit-elle, aller se coucher sur les rails d'un chemin de fer; c'est son idée fixe en ce moment. En dehors de ses idées fixes, elle raisonne bien et sa conversation peut faire croire parfois à sa guérison. Il ajoutait qu'il avait un grand pouvoir sur Mme L... Sitôt que l'idée fixe reparaissait, il lui suffisait de la menacer pour que la malade n'osât exprimer sa pensée, mais que sa pauvre cervelle était complètement détraquée.

Rentrée dans sa famille, au mois d'août 1875, et débarrassée de la pression morale du médecin aliéniste qui la soignait, Mme L... a bien vite montré qu'elle n'était pas guérie : la maison, grâce à elle, devient un enfer, où elle s'exerce à toutes les sottises. Pour n'en citer qu'une, la malade rassemble ses matières fécales dans un linge et du papier, et les cache dans tous les coins de la maison; dans l'armoire à linge, elle a mis entre chaque serviette un de ces papiers non parfumés. Enfin, une nuit à 2 heures du matin, elle se sauve de la maison en laissant à sa fille une lettre dans laquelle elle lui annonce qu'elle va se donner la mort. Elle fait à pied les 30 kilomètres qui séparent de Lyon la maison qu'elle habite; la pluie qui ne cesse de tomber ne l'arrête pas; les gens qui passent sur la route l'entendent rire aux éclats; elle fait un énorme fagot de fleurs des champs et de verdure, qu'elle porte entre ses bras; un paysan la rencontre, grimpée sur un arbre; elle se cache dans les bois et derrière les haies pour éviter les personnes qui sont à sa recherche. Elle arrive à Lyon, elle veut voir son fils, dit-elle, avant de se tuer. Elle l'attend assise sur un banc de pierre du quai du Rhône, sans être certaine qu'il passera dans cet endroit. Elle subit impassiblement pendant plusieurs heures une pluie froide qui ne cesse de tomber à torrents; plus tard, elle erre sans but dans les rues, souillée de boue, les vêtements ruisselants d'eau. Enfin, à 6 heures du soir, n'ayant rien mangé depuis la veille, on la trouve échouée dans le passage des Terreaux, accroupie dans un coin, entourée d'une foule qui se presse pour la voir; c'est dans cette situation que son fils, à sa recherche depuis le matin, la rencontre et la ramène chez lui. Le docteur V..., de Lyon, médecin de la famille, fut chargé de l'examiner; à sa première visite, après avoir causé pendant plusieurs heures avec la malade, il avait refusé de faire le certificat; il n'avait pas cru la malade folle, disait-il; le lendemain, il doutait; le troisième jour, il était convaincu.

Voici quelques extraits de son rapport :

«Soumise à un long examen, renouvelé le lendemain, nous avons trouvé la malade d'une loquacité exagérée, d'une mise bizarre et d'une malpropreté qui contrastait singulièrement avec les habitudes d'une femme du grand monde. Sa conversation correcte, même élégante et instruite, ne trahissait en rien la démence; elle s'apercevait que le sujet d'une escapade coupable, la veille, la rendait l'objet d'une observation attentive; elle s'étudiait à bien parler, et semblait vouloir mettre en déroute la sagacité du médecin qui l'interrogeait; peu à peu, plus familiarisée, elle se laissait aller, mais avec beaucoup d'adresse, à son désordre mental habituel et sa conversation virait vers les choses lubriques, ce qu'elle recherche toujours avec plaisir; ce qui nous fait penser que, chez elle, le sens génital exagéré avait dû jouer un très grand rôle dans l'altération de ses facultés intellectuelles; d'ailleurs, sa mise indécente, le peu de soin qu'elle prend de sa personne, semblent justifier l'assertion précédente.

«Douée d'une mémoire et d'une activité sans égale, elle est constamment travaillée par ses souvenirs et le besoin d'agir, mais elle commence tout et ne finit rien; elle s'agite sans cesse pour ne rien faire, on la voit cherchant, furetant et bouleversant tout pour ne rien trouver. On dirait le vide se débattant dans le vide. L'insomnie lui est habi-

tuelle et ses nuits se passent souvent dans un monologue incompréhensible; c'est peut-être là l'effet de cette loquacité habituelle du jour, dans laquelle il est facile de s'apercevoir que les lèvres parlent en l'absence et sans le consentement de l'esprit. Elle ne raisonne bien que sous la pression des étrangers, auxquels elle s'efforce évidemment de paraître raisonnable. »

Mme L... entre dans notre maison le 28 octobre 1875; depuis cette époque jusqu'au jour de sa sortie, aucune amélioration véritable ne s'est produite dans son état : la marche de la maladie a suivi son cours normal, c'est-à-dire qu'elle se caractérise par une succession d'accès congestifs d'une durée variable, de quelques heures, de quelques jours, d'une ou deux semaines; pendant ces accès, tous les principaux symptômes s'aggravent; ils sont suivis d'un temps plus ou moins long de rémission, alors Mme L... est calme, lucide, il semble qu'elle n'ait jamais été malade.

J'ai noté dans mon observation quelques accès congestifs plus violents que les autres; un au mois de novembre 1875 et quatre en 1876. Au mois de janvier 1877, l'accès est très marqué. Pendant trois jours Mme L... ne veut rien manger et se promène du matin au soir à grands pas dans les allées du jardin, gesticulant, les cheveux au vent, la robe mise à l'envers; elle est inabordable et ceux qui veulent lui parler ne reçoivent d'elle que des injures; pendant la nuit, elle continue ses promenades dans sa chambre, ne cessant ses menaces et ses rires sardoniques.

Au mois de mars, au mois de juin et au mois de novembre 1877, nouveaux accès.

Au lieu de suivre l'observation jour par jour, nous ferons l'histoire de chacun des principaux symptômes de la maladie. Nous avons vu l'hérédité; nous allons noter successivement les signes physiques de dégénérescence; l'absence de sens moral, l'orgueil, la fureur d'écrire et de faire des mémoires, et enfin la manie des persécutions.

Mme L... est d'une taille très-petite, elle est grosse et grasse; la peau épaisse du visage, d'un aspect terreux, les paupières tombantes, les dents mal plantées, qui dépassent la lèvre supérieure, lui font une laideur caractéristique. Elle est affligée d'un tic du nerf facial droit. C'est peut-être à ce symptôme qu'il faut rapporter cette idée fausse d'un grain de tabac dans l'œil, qui doit la décomposer. C'est une idée fausse de sa part et non une hallucination.

Comme on s'est moqué devant elle de cette idée, elle n'en parle plus, mais elle la conserve; nous n'avons jamais constaté chez notre malade d'hallucinations proprement dites, même dans les moments de grande agitation, mais nous avons noté souvent des idées fausses. Dans la rue, sa mise bizarre et ses manières excentriques la font remarquer des passants. Ses gestes sont si brusques et si désordonnés lorsqu'elle parle, que son chapeau ne peut lui rester sur la tête, il tombe sur ses épaules, et c'est par un coup de poing en arrière que Mme L... le remet à sa place.

L'absence de sens moral est complète; Mme L... ne peut dire un mot sans mentir, même quand la chose ne lui est d'aucune utilité; sa loquacité est grande; elle parle du matin au soir, elle ment aussi du soir au matin; ces mensonges ne sont jamais préparés d'avance; elle les mêle à la conversation sans s'apercevoir que souvent elle se contredit d'un instant à l'autre. Comme un ruisseau entraîne en passant toutes les ordures du chemin, son flux de parole débite tous les mensonges, toutes les médisances, toutes les calomnies qui lui viennent à l'esprit. Elle est jalouse des attentions dont elle n'est pas l'objet; elle ne manque aucune occasion de dire un mot désagréable, de faire une réflexion blessante, et souvent d'accabler d'injures grossières les personnes qui l'entourent. Si l'occasion se présente et si on la laisse faire, elle boit du vin et des liqueurs fortes à pleins verres. A notre table, si la bouteille est près d'elle, elle la prend et se verse des rasades qu'elle boit d'un seul coup; plusieurs fois elle a été surprise buvant le vin d'autres pensionnaires; pourtant elle n'est pas dipsomane; si elle a de l'argent elle ne le dépensera pas

à l'achat de liqueurs alcooliques; mais si vous laissez une bouteille à sa disposition, elle s'en servira jusqu'à l'ivresse. Elle ne se fait aucun scrupule de voler; si on la laisse un moment seule, elle ouvre et fouille rapidement les tiroirs des meubles et s'empare de ce qui est à sa convenance; elle se livre à l'onanisme d'une manière effrénée; elle ne s'en cache pas, et ne rougit nullement lorsqu'on la surprend se livrant à cette passion. Dans le courant de notre observation nous aurons à citer plusieurs faits de lubricité. Il semble que ce tableau des vices de Mme L... soit trop chargé; les personnes qui auront vécu avec des malades du même genre, qui savent combien chez eux la moralité s'éteint vite, reconnaîtront, au contraire, que je n'ai dit que l'exacte vérité.

· Mme L... ne parle que de personnes titrées et déclare qu'elle ne peut avoir de relations qu'avec des familles nobles; du reste, dit-elle, elle est née dans le quartier de Bellecourt, à Lyon, cela équivaut à un titre de noblesse; les gens de ce quartier ne frayent qu'entre eux. A ceux qu'elle peut tromper, elle raconte qu'elle est noble, et elle se donne le titre de comtesse de Vaubret; j'ai entre les mains plusieurs lettres d'elle signées de ce nom.

Pendant un certain temps elle ne veut se lever qu'à 1 heure de l'après-midi, sous prétexte que c'est l'usage dans le grand monde. Elle regarde les autres pensionnaires comme bien au-dessous d'elle, les traite de haut. prend des airs de protection et ne cesse de leur parler de son immense fortune et de ses grandes relations. «Vous n'avez pas un château comme le mien; vous n'avez pas des grottes dans votre parc; ma propriété est immense et vaut beaucoup d'argent;» tel est le fond de sa conversation.

Le chiffre de sa fortune est triplé par elle; si un de ses enfants a 2 ou 3,000 francs à dépenser par an, elle assure qu'il en a 12 ou 14,000.

«En Suisse, écrit-elle, modestie à part, je les ébouriffais par mon esprit; mon intelligence les paralysait et mon bon sens était encadré; ici on est beaucoup plus raisonnable, on m'estime ce que je vaux et je m'en contente.

«Deux de mes lettres ont été lues par des professeurs : la première m'a valu une mention; pour la deuxième, ils ont osé demander si je ne portais pas deux petits frisons sur le front et si, par hasard, je n'aurais pas pour fille une dame de Grignan. Pour le coup, la chose allait trop loin...»

Depuis ce moment, Mme L... se fait de petits frisons sur le front, à la Sévigné. N'ayant aucune instruction, n'ayant jamais rien voulu lire, malgré le milieu intellectuel dans lequel elle vivait, ne pouvant même écrire un mot sans faire des fautes grossières de style et d'orthographe, Mme L... est tout à coup prise de la manie d'écrire. Elle noircit des morceaux de papier, elle écrit sur la marge des journaux, sur des patrons et gravures de mode, etc.; elle inonde de ses élucubrations tout le monde; chaque employé de la maison reçoit de ses lettres plusieurs fois par jour. Elle en fait des paquets qu'elle envoie à sa famille et à toutes ses connaissances. Dans ses promenades elle en sème le long du chemin, qu'elle adresse à ceux qui les trouveront; elle en jette par-dessus les murs. Si on la laissait faire, elle entrerait en correspondance avec tous les habitants de la ville. Elle fait des mémoires : une vie de la princesse Mathilde, et celle d'un cuisinier renommé en même temps. Ces écrits ne quittent pas sa poche, elle les lit à tout le monde.

Voici des échantillons de son style et de son orthographe :

«A mon âge, écrit-elle à son mari, il faut savoir donner plein essort à son esprit. C'est ce que je faits du matin au soir. Je travaille; je vise que mes ouvrages soient des chef d'œuvres. Pour ma plume, pour peu que cela continue. Elle peut devenir célèbre. — Et mes amis du dehors qui promènent mes chiffons de papier voudraient les mettre sous la presse. — Reconnais-tu ta femme, pour moi, je doute même devant ma glace,

surtout depuis que je me frise... Une vraie transformation s'opère en moi, je redeviens coquette et peut-être une femme auteur :

Oh Marie, reine des vrais affligés,
Adouci, calme les larmes amères
Et présente à ton fils outragé
Les prières de ses saints de ses martyrs.

A genoux oh! Marie, belle, sans tache
Nos mères ont toutes voués leurs enfans
Et vous enfans criez, criez sans relâche
Grace! miséricorde à tous nos parens.»

Ce n'est qu'avec la plus grande difficulté qu'on obtient de Mme L... un peu de propreté; jamais elle ne se laverait ni les mains ni la figure, si elle était libre de ne pas le faire; lorsqu'on parle de lui donner un bain, elle entre dans l'accès de colère le plus violent. Elle nous accuse de vouloir sa mort et nous menace des tribunaux et du procureur de la République.

C'est là certainement une des idées fausses dont nous avons parlé au début. Mme L... croit qu'un bain va la décomposer, la faire mourir; elle s'en défend avec la plus grande énergie. Voulant voir jusqu'où irait sa résistance, pendant quinze jours nous lui avons fait préparer un bain, la priant chaque jour de s'en servir; nous n'avons pu obtenir qu'elle y entrât de son plein gré.

Elle fait des ordures dans des papiers qu'elle cache dans les coins de sa chambre. Plusieurs fois nous en avons trouvé étalés sur un journal au milieu de son appartement. Au mois de juin 1876, elle les dispose devant les portes et les fenêtres de son pavillon; elle fume les pots de fleurs qu'elle a dans sa chambre avec son urine et ses matières fécales. Il faut une surveillance de chaque instant pour empêcher son appartement de sentir mauvais.

Si on la laissait faire, elle le changerait en fumier. Sa coquetterie ne s'étend qu'à la surface; elle veut avoir de belles robes et de beaux chapeaux pour paraître grande dame, mais elle ne changerait jamais de linge de corps si elle n'y était obligée.

Ses idées de lubricité sont toujours les mêmes. Elle ramène volontiers la conversation sur ces sujets, et lorsqu'elle connaît une histoire scabreuse, elle ne cesse de la raconter. A deux reprises différentes elle s'est précipitée sur moi pour m'embrasser, et cela tout à coup, sans crier gare, sans que je puisse me douter de ce qu'elle allait faire. Je n'ai pas lieu du reste d'être très fier de cette faveur, mon jardinier a eu deux ou trois fois à se défendre de ces mêmes mouvements instantanés.

A ma visite du matin, si elle n'est pas levée et si elle m'entend monter l'escalier, elle se hâte de sortir du lit pour que je puisse la voir en chemise, sans camisole, aussi débraillée que possible. Elle me reçoit alors en minaudant et en s'excusant de se laisser surprendre dans un pareil costume. Cela n'est pas arrivé une fois, mais cent fois. M. le docteur V..., de Lyon, me racontait à ce sujet, que, pendant ses visites, elle s'arrangeait de manière à se découvrir et à lui montrer entièrement ses deux seins. Au mois de mai 1877, Mme L... propose à la directrice du pavillon de la remplacer auprès de son mari. «Vous avez, lui dit-elle, passé l'âge de l'amour, votre mari doit avoir besoin d'une femme, écartez la domestique sous un prétexte, et lorsque votre mari viendra vous voir, faites-le monter dans ma chambre. Vous veillerez au bas de l'escalier pour que personne ne vienne nous déranger.» La malade dit tout cela sans rougir, comme une chose parfaitement raisonnable.

Les idées de suicide reviennent de temps en temps, et il n'est pas douteux pour nous que plusieurs fois Mme L... les eût mises à exécution, si elle en avait eu le moyen. Comme on a pu le voir, la veille de son entrée, elle laissait à sa fille une lettre pour lui

annoncer qu'elle allait mettre fin à ses jours. «Les idées de suicide, dit-elle, me viennent tout d'un coup, sous l'influence d'une contrariété; dans ces moments, rien ne m'arrête.» Est-ce aux idées de suicide ou à une autre cause qu'il faut rapporter le fait suivant : au commencement de l'année 1876, le lendemain d'un bain de propreté pris malgré elle, Mme L... a une hémorragie utérine très forte, suivie de symptômes de métro-péritonite qui durent six jours et s'éteignent rapidement. Ne m'expliquant pas cette maladie par une cause naturelle, je pratique le toucher et je trouve le col de la matrice et les parois du vagin labourés de plaies formées par un instrument piquant. Quelques jours après, les ouvrières refont le matelas et trouvent dans la laine l'instrument avec lequel elle s'est blessée, c'est un crochet en fer encore taché de sang.

Nous arrivons au symptôme principal de la maladie : la manie des persécutions. Chez elle, la persécution est violente et méchante; tout le mal qu'elle peut inventer est immédiatement mis à exécution, sans souci de l'honnêteté.

Les mensonges, les calomnies ne lui coûtent rien. Toutes ses pensées tendent à faire du mal à la personne qui est l'objet de son délire. En général, une seule personne à la fois est en butte à ses méchancetés, mais elle s'attache à elle comme une furie et ne lui laisse ni trêve ni repos. Si la malade est dans une période de congestion, elle injurie sa persécutée, la menace, lui fait des scènes violentes. Si, au contraire, la période de calme revient, elle se contente d'inventer des sottises, de lui faire de méchantes espiègleries. Lorsque son délire de persécution se porte sur une autre personne, volontiers elle redevient gracieuse pour celle qu'elle a tant accablée, oubliant toutes ses méchancetés antérieures. Elle a une autre proie à dévorer, cela lui suffit.

Placée dans un pavillon particulier, elle a comme domestique une personne dont le mari sert de jardinier D'abord rien n'est au-dessus de Louise; pour son mari, c'est bien le parfait jardinier, écrit-elle. Arrive le délire des persécutions, la scène change d'un jour à l'autre, et ces gens qu'elle portait aux nues la veille, sont dignes de la prison le lendemain; elle écoute aux portes du matin au soir, elle les surveille; tous leurs faits et gestes me sont rapportés sous de méchantes couleurs. Chaque jour elle invente de nouvelles sottises à leur faire. Un soir, elle se couche à plat ventre sous les arbres, se couvre entièrement de feuilles sèches et se fait chercher une partie de la nuit; elle les invective du matin au soir, ne leur laisse pas un moment de tranquillité. Enfin ces pauvres gens sont rendus si malheureux par elle, qu'ils préfèrent perdre une bonne place plutôt que de continuer à la servir. Plus tard, son délire de persécutions porte sur une jeune fille qui n'a aussi qu'un tort, celui de la servir; elle subit une guerre acharnée; sa haine contre elle ne s'arrête pas un instant, pendant plusieurs semaines consécutives; elle parle d'elle à tout le monde, et ne parle que d'elle. «Comment peut-on garder une pareille saleté dans une maison? Venez voir une toile d'arraignée qu'elle a laissée; regardez, elle n'a pas essuyé le pied de mon lit. J'ai entendu du bruit cette nuit, c'est elle qui est sortie du pavillon, elle a sans doute des rendez-vous.» Elle cache les objets nécessaires au service pour faire croire que la bonne n'a pas d'ordre, et quand elle voit qu'elle ne peut réussir à la faire renvoyer, son délire passe et se porte sur une autre personne. Mêmes persécutions sur la directrice de son pavillon; pour ne citer qu'un fait, elle jette plusieurs fois son vase plein d'urine du haut de sa fenêtre dans la chambre au-dessous de la sienne et sur la table où la directrice est en train de prendre son repas. Pendant un mois, chaque jour, cette dame trouve dans le trou de sa serrure une lettre d'elle remplie de menaces et d'injures grossières.

Sa famille est à plusieurs reprises l'objet de ses persécutions. Elle écrit contre elle des lettres furibondes, la menace, si on ne lui envoie pas ce qu'elle demande, de se plaindre au procureur de la République.

«Je vais pour la dernière fois écrire à ma fille et la prévenir que, si son silence continue, j'écrirai à M. D... qui est procureur de la République.» Enfin, à plusieurs reprises

je fus l'objet de ses attaques : aux mois de janvier et février 1876, et aux mois de novembre et décembre; au mois d'octobre 1877 et enfin au mois de mars 1878; à ce moment elle avouait qu'elle m'avait laissé tranquille depuis trois mois et que c'était assez. Avant la crise, je suis un homme parfait. Pendant la crise : «J'en ai assez de cet homme dur et grossier, ne tenant compte d'aucune éducation, ne respectant ni l'âge ni la naissance. Il faut que vous demandiez énergiquement à ce directeur compte de la conduite inqualifiable qu'il a tenue avec moi, lui prouver qu'on ne trompe pas une famille honorable comme il l'a fait depuis le 8 janvier, en me demandant si je lui ferai un billet jusqu'au jour qu'il m'a frappée.» Je lui demande ce que veulent dire ce billet et ces coups, elle ne sait que me répondre et n'en parle plus.

Jusqu'au jour de sa sortie, elle sentait que son délire des persécutions contre moi n'aboutissait à rien, et elle le reportait vite sur d'autres. Lorsqu'elle sent qu'elle est libre, lorsqu'elle croit avoir l'oreille du procureur de la République, le délire éclate; chaque jour elle écrit lettre sur lettre à chaque membre du tribunal pour se plaindre de nous et de notre maison; les parents des autres malades en reçoivent, signées du nom qu'elle a pris, «A. de Vaubret». Nous en recevons, tout le monde en reçoit; voici un échantillon de celles qu'elle nous envoie :

«Je vous préviens que si vous faites la moindre difficulté à vous rendre à mon arrangement, je procéderai judiciairement. M. le procureur de la République et M. le juge d'instruction m'ont mise en relation avec un avocat que j'ai consulté et qui m'a confirmé que j'étais dans mon droit et que la loi était pour moi.

«Veuillez avoir l'obligeance de me rendre les vêtements ci-dessus mentionnés pour éviter que je prenne des moyens judiciaires qui seraient fort désagréables pour vous et qui prolongeraient mes séances au palais de justice. Je vous prie donc de me les faire tous apporter à l'hôtel, ou de m'écrire le motif de votre refus. Dans ce cas, veuillez adresser votre lettre à M. le procureur de la République, qui me la remettra.»

Je dois noter chez cette malade un fait très caractéristique. Elle prend immédiatement les idées des gens avec lesquels elle vit; elle se lie avec une malade protestante, elle trouve que la religion protestante est la plus belle des religions. Plus tard elle devient l'amie d'une personne catholique très pieuse, et immédiatement ses sentiments tournent à la dévotion outrée. Au mois de novembre, elle lit dans un journal le récit d'une grève, vite toutes ses idées se concentrent de ce côté; elle entreprend de faire mettre en grève quatre des domestiques employées au quartier des femmes. Pendant quinze jours elle les excite à la révolte; sur l'une elle agit par les menaces et le chantage. Si elle ne donne pas congé au jour dit, on me dira telle ou telle chose et elle sera renvoyée; quant aux autres, elle tâche de les gagner par l'intérêt : elle leur promet de leur faire trouver des places magnifiques, grâce aux influences de sa famille.

Au moment de sa sortie, nous avons un paralytique général que Mme L... regarde comme le représentant des bonnes manières françaises. Ce malade, tout en mangeant beaucoup, ne cesse de dire qu'un homme de bonne société doit très peu manger, et qu'en liberté, il vivrait d'un peu de lait à midi, d'une tasse de thé et d'un œuf le soir. Mme L... est restée huit jours à Dôle; après sa sortie, et à l'hôtel où elle est descendue, elle ne veut qu'une tasse de thé à midi et le soir deux œufs sur le plat avec du thé; mais, chose curieuse, elle assiste à la table d'hôte du matin et à celle du soir, assise, sans rien manger, au milieu des commis voyageurs de passage dans la ville.

En résumant les symptômes signalés dans cette observation, nous trouvons tous les signes de manie raisonnante décrits par le docteur Falret dans la séance de la Société médico-psychologique, le 25 février 1878 : l'hérédité, les signes physiques de dégénérescence, la fureur d'écrire et de faire des mémoires, le manque de sens moral, l'orgueil incomparable et la manie des persécutions.

Voici quels ont été les rapports de Mme L... avec la justice. Quatre mois après son entrée, Mme L... se plaint pour la première fois de son internement. Sachant combien ces malades ont causé souvent de désagréments à mes confrères, je la fais écrire à M. le procureur de la République, qui vient la visiter et l'interroger le 3 février 1876. M. le docteur B..., de Dôle, est nommé pour examiner la malade; son rapport conclut à la nécessité de l'internement.

Pendant les années 1876 et 1877, Mme L... reçut, chaque trimestre, la visite d'un membre du tribunal civil. Au mois de janvier 1877, persuadée que j'arrête, dit-elle, la bonne volonté des magistrats de Dôle à son égard, elle écrit à M. D..., alors procureur de la République à Grenoble, ami de sa famille. Celui-ci voit là immédiatement un cas d'incarcération arbitraire, et s'occupe de la mise en liberté de Mme L...

Comme Mme L... lui écrivait : «Il faut que la justice me mette sur un piédestal,» M. D... répondait : «Que vos lettres ne soient pas si exaltées, cela pourrait servir contre vous.» A cette époque, j'écrivais à M. D... une lettre dont j'extrais le passage suivant :

«Si un doute restait dans votre esprit relativement à l'état mental de Mme L..., il serait facile de le faire disparaître en la faisant examiner par un médecin spécialiste, soit par le directeur de l'asile départemental du Jura, soit par le directeur de l'asile de la Côte-d'Or; le premier est un très honorable confrère avec lequel je suis en relations, je ne connais pas le second. Vous pourriez encore, s'il m'était permis de vous donner un conseil, écrire à M. le Ministre de l'intérieur et le prier, lorsque M. l'inspecteur général des asiles d'aliénés passera à Dôle (ce qui doit avoir lieu bientôt, je crois), de faire examiner d'une manière spéciale Mme L... »

Enfin, le jour de l'interrogatoire de Mme L..., je demandais dans mon rapport que le jugement du tribunal ne fût rendu qu'après examen médical de la malade. M. le président du tribunal civil de Dôle était en congé, et les juges qui examinèrent la malade la trouvèrent non aliénée et ordonnèrent sa mise en liberté.

Si nous résumons nos quatre observations, nous voyons que deux de nos malades, M. A... et M. M..., savaient qu'ils ne seraient pas mis en liberté s'ils parlaient de leurs hallucinations; ils ont nié, ils ont trompé leurs juges; je vous ai donné la preuve que ces hallucinations existaient au moment de l'interrogatoire. Des médecins, sans prévenir les malades, auraient demandé à l'un pourquoi il se lavait si souvent la bouche? Pourquoi ses paquets de salive desséchée? A l'autre, ce que signifiaient ces «petits coups, ma bonne», notés sur son registre? Et ces malades n'auraient pu cacher, l'un son électro-magnétisme, l'autre son diablotin. En admettant même qu'ils n'aient pas voulu avouer leurs hallucinations, des faits patents étaient là pour emporter la conviction d'hommes instruits des choses de l'aliénation mentale. Elles n'auraient pas eu lieu, ces sorties intempestives qui ont conduit l'un à une tentative de suicide, l'autre à une réintégration à bref délai dans un asile, après avoir laissé en route une partie de sa fortune, et après avoir causé beaucoup d'ennuis à sa famille.

Les deux autres aliénés, atteints l'un d'épilepsie, l'autre de manie raisonnante, ont été mis en liberté parce qu'ils étaient lucides. Les magistrats, pour la plupart, ignorent qu'il existe plusieurs formes de folie, et que précisément la lucidité se rencontre toujours chez les aliénés persécuteurs, le plus souvent chez les épileptiques.

Ils ne reconnaissent qu'une seule forme de folie : la démence; ils ne savent

pas et ne peuvent pas savoir, sans études spéciales, que des malades, paraissant jouir de la faculté de raisonner, ne sont pourtant pas responsables de leurs actes et exigent l'isolement par leur conduite dangereuse.

Ce n'est pas une critique des membres des tribunaux que je fais en ce moment; on ne peut exiger que des juges aient étudié l'aliénation mentale; l'école de droit n'est pas l'école de médecine. Ma critique porte sur l'article 29 de la loi du 30 juin. Ce que nous devons conclure, Messieurs, de mes observations, c'est qu'il est impossible de maintenir tel qu'il est cet article. Il ne faut plus que, seul, un tribunal décide si un malade est aliéné ou non; mes observations prouvent que les juges des tribunaux sont incompétents et qu'il en faut mettre d'autres à leur place.

Aux États-Unis, chez ce peuple qui passe plus que tout autre pour respecter le liberté individuelle, si nous consultons à ce sujet le travail de notre honorable collègue, le Dr Foville, nous voyons que les magistrats y ont des pouvoirs moins grands qu'en France. Dans l'instruction de l'Association des superintendants médicaux, qui a servi de guide le plus souvent pour la loi sur les aliénés des divers États, il est dit ceci : Dans les cas de demande d'élargissement d'aliénés, le juge nomme une commission de trois ou quatre personnes, dont un médecin au moins, et un homme de loi. Cette commission recueille tous les témoignages propres à l'éclairer sur les faits et la cause, et, sans prévenir la personne désignée, elle s'arrange pour avoir avec elle une entrevue personnelle, en évitant, autant que possible, qu'elle en connaisse le motif. La commission adresse son rapport au juge, et si elle est d'avis que la personne n'est pas aliénée, le juge rend une ordonnance de sortie.

Dans l'étude sur les législations anciennes et modernes, M. Charles Desmazes conseille de créer une commission permanente d'inspection, chargée (comme en Angleterre et en Belgique) de surveiller, de contrôler le placement des aliénés, de recevoir toute plainte les concernant. Cette commission pourrait se composer, dans chaque arrondissement, du préfet ou sous-préfet, du président du tribunal civil, du médecin de l'Hôtel-Dieu et des juges de paix. Elle aurait le droit de demander dans son sein le médecin qui aurait soigné l'aliéné, d'entendre les parents et les voisins. Ainsi seraient réunies, comme gage d'un sérieux contrôle, les autorités administratives, judiciaires, médicales, décidant en pleine connaissance de cause.

Beaucoup d'autres propositions ont été émises et se rapportent plus ou moins aux deux précédentes. S'il m'était permis de donner mon avis dans un sujet si important, je proposerais cette simple modification à l'article 29. La décision, au lieu d'être rendue en chambre du conseil, c'est-à-dire par le président et les deux juges du tribunal du lieu, serait rendue par le président du tribunal et par deux médecins aliénistes, étrangers à l'établissement où est placé le malade. Il me semble que c'est la seule solution pratique : le président, dans cette commission, représentant la loi; les deux médecins, la science; le procureur de la République, l'intérêt de l'aliéné. Dans la législation des États-Unis, la commission, composée de quatre personnes, en renferme trois non compétentes, si le médecin n'a pas fait d'études spéciales, s'il n'a pas vécu surtout avec des aliénés, il peut lui-même se tromper sur l'état du malade.

Le même reproche peut être fait à la combinaison de M. Charles Desmazes; sa commission ne renferme qu'un médecin; celui-ci, quoique médecin de l'Hôtel-Dieu, peut aussi ne connaître que superficiellement les maladies mentales.

Dans le projet que j'ai l'honneur de vous soumettre, projet facilement réalisable, l'intérêt du malade et la dignité du médecin qui le soigne sont sauvegardés tout à la fois. Si le président du tribunal a quelque doute sur l'état d'aliénation mentale du malade, les deux médecins qui sont près de lui peuvent l'éclairer et lui faire comprendre en quoi consiste le trouble intellectuel.

Les commissions des États-Unis, comme celle de M. Desmazes, auraient pu mettre en liberté les malades qui font le sujet de mes quatre observations. Aucune commission, dans laquelle seraient entrés deux médecins aliénistes, n'aurait conclu de cette manière. (Applaudissements.)

M. Echeverria. Permettez-moi, Messieurs, de relever une erreur qui s'est glissée dans le Mémoire qui vient d'être lu par M. Rouby, au sujet de la législation américaine relative aux aliénés.

Je dois vous dire tout d'abord qu'en Amérique, chacun des États a ses lois particulières; mais jamais, dans aucun État, la charge d'expert n'a été exercée, ainsi qu'on vient de le dire, par trois personnes étrangères à la médecine; bien au contraire, le gouverneur est spécialement chargé, dans ces sortes de cas, de confier l'expertise à trois ou quatre médecins.

Dans toutes les affaires auxquelles j'ai été mêlé, dans lesquelles j'ai été désigné par le gouverneur, les experts étaient tous médecins, et je dois ajouter que l'avis émis par eux a toujours été écouté et suivi.

Je ne pourrais vous citer qu'un seul cas dans lequel le rapport n'a pas été pris en considération; ce cas m'intéressait personnellement, et je me suis présenté chez le gouverneur. Je ne sais même pas si ce cas, à cause des circonstances particulières qui l'ont accompagné, pourrait entrer en ligne de compte.

L'individu inculpé était épileptique; il fut néanmoins jugé, condamné et pendu, la défense n'ayant pas été convenablement soutenue. Cet individu ayant été jugé et condamné, je l'examinai et le trouvai épileptique au dernier degré; c'est alors que je fis le rapport que j'apportai moi-même au gouverneur. Dans l'intervalle, le gouverneur avait, de son côté, nommé une commission de deux médecins de l'État et d'un autre médecin aliéniste pour examiner le sujet. On avait pris cette mesure à cause de la publication d'un certain nombre d'articles de journaux relatifs à l'affaire.

Les médecins déclarèrent qu'au moment de leur examen, ils n'avaient constaté chez l'inculpé aucun indice de folie, et ils ne conclurent pas, par conséquent, à l'affirmative pour le moment auquel le crime avait été commis.

Quand je revis le gouverneur, il me dit que, à son avis, il n'y avait pas de doute possible sur la maladie de l'individu en question, que mes observations étaient certainement justes, mais que, quant à lui, il ne pouvait rien contre la loi, à moins que le juge lui-même, qui d'ailleurs lui avait écrit une lettre favorable pour l'accusé, ne revînt sur sa décision; je télégraphiai alors au président du tribunal pour lui demander de faire quelques démarches et de sus-

pendre l'exécution. Cette démarche ne fut pas suivie de succès, et l'individu, ainsi que je viens de vous le dire, fut pendu.

Mais, à part ce cas exceptionnel, il n'y a pas, je le répète, d'autres exemples de ce genre, et jamais il n'est arrivé, alors que les trois ou quatre médecins experts présentaient un rapport concluant à la folie, que le gouverneur de l'État n'ait pas agi en conséquence. (Très bien! — Applaudissements.)

M. le Président. La parole est à M. le D[r] E. Fournié pour la lecture d'un Mémoire.

ESSAI

SUR LA PHYSIOLOGIE NORMALE ET PATHOLOGIQUE DE L'ENCÉPHALE.

M. le D[r] Éd. Fournié, *médecin de l'Institut national des Sourds-Muets.* Messieurs, qu'il nous soit permis, avant d'aborder le sujet de cette lecture, d'indiquer les limites dans lesquelles nous avons prétendu nous renfermer, et de justifier la préoccupation qui nous anime, en voulant essayer de rattacher la physiologie normale à la physiologie pathologique de l'encéphale.

Nous croyons être l'interprète de tous ici, en disant que la pathologie mentale, comme toutes les autres branches de la médecine, ne sera réellement scientifique que le jour où la connaissance de tous les modes de vivre anormaux pourra se déduire facilement, et par une interprétation logique, des modes de vivre normaux correspondants. Mais la connaissance de l'état normal étant fort difficile à établir, on a dû pendant longtemps interpréter les faits de la pathologie mentale au moyen d'une psychologie qui, faute de mieux, dirigeait tant bien que mal les investigations.

Aujourd'hui une réaction évidente se produit contre cette façon d'agir. On considère le cerveau comme un organe de la vie, fonctionnant d'après les mêmes lois qui président au fonctionnement des autres organes, et le physiologiste a pris définitivement pour lui, dans le cerveau, le problème que les philosophes avaient prétendu jusque-là lui enlever. A la place de cette ancienne psychologie qui reposait sur des *à peu près* et sur les *vues de l'esprit* de chacun, le physiologiste tend journellement à mettre tout autre chose; il s'applique surtout à placer en regard l'un de l'autre chaque expression du vocabulaire psychologique et le phénomène physiologique qui lui correspond. De cette façon, il évite de s'égarer dans les régions élevées d'une métaphysique rêveuse, retenu qu'il est, dans ses spéculations, par la contemplation des réalités objectives.

Sans doute les sillons tracés dans cette voie toute nouvelle ne sont encore ni assez profonds ni assez sûrs pour qu'on puisse parler sur la physiologie du cerveau avec la même assurance qui est permise à propos d'autres organes; mais précisément à cause de cela, il nous a paru utile de soumettre à la haute appréciation des membres du Congrès les modestes résultats que nous croyons avoir obtenus, soit au point de vue physiologique, soit au point de vue pathologique.

Dans la première partie de cette lecture, nous nous occuperons de physio-

logie cérébrale normale; dans la seconde, nous entrerons dans le domaine de la physiologie pathologique.

§ Ier. Physiologie cérébrale normale.

Il nous paraît impossible de se faire une juste idée du mécanisme cérébral, si au préalable on n'a pas fixé d'une manière précise dans son esprit certains principes de physiologie générale. C'est pourquoi nous demandons la permission d'entrer en matière par quelques définitions.

La fonction est la réalisation de la destinée physiologique d'un organe. L'organe prépare un produit; la fonction met en œuvre ce produit en l'extériorisant dans un but défini : le foie prépare de la bile et il fonctionne dès qu'il déverse celle-ci dans l'intestin; le muscle prépare des fibres contractiles et il fonctionne dès qu'il entre en contraction, c'est-à-dire dès qu'il utilise dans un but déterminé le produit de la vie organique.

Le cerveau, lui aussi, prépare un produit et il fonctionne dès qu'il met en œuvre ce produit dans un but déterminé. Mais ce produit, quel est-il? Comment est-il mis en œuvre? Fidèle à ce que nous avons déjà dit, à savoir que le fonctionnement du cerveau repose sur les mêmes lois que le fonctionnement des autres organes, nous puiserons notre réponse dans l'examen comparatif des produits de la vie des organes.

Les organes à sécrétion ou à produit chimique, tels que le foie, les reins; les organes à effet mécanique, tels que le muscle, sont constitués par des éléments organiques qui jouissent de propriétés physiologiques identiques, ce qui nous oblige de déterminer la part qui revient à chacun de ces éléments dans la mise en œuvre des produits de la vie organique du cerveau. Cette différence, qui met au compte de la physiologie cérébrale une complication que nous ne trouvons pas dans les autres organes, n'est pas la seule.

Le produit des organes à sécrétion ou à effet mécanique est un produit sensible, susceptible d'être soumis à l'analyse du chimiste, aux investigations du physicien ou aux expérimentations du physiologiste. Les produits de la vie cérébrale ne sont pas dans les mêmes conditions : des sentiments, des souvenirs, des actes échappent à l'investigation directe des sens. Cependant il est un moyen qui nous permet de déterminer quels sont ces produits, et ce moyen constitue une des prérogatives essentielles du cerveau. Le cerveau, en effet, perçoit sa propre activité et c'est le seul organe qui se connaisse ainsi lui-même. Un mot d'explication sur la nature de ce sentiment ne sera pas déplacé ici.

En aucun cas, la vie ne se sent elle-même, comme nous l'avons démontré [1] ailleurs. Aussi le cerveau ne se sent pas agir directement; il extériorise son activité par un mouvement, et ce mouvement, donnant naissance à une cause impressionnante extérieure, son ou image, le cerveau, dis-je, en percevant ces derniers, a ainsi la connaissance de sa propre activité. Toute connaissance de

(1) E. Fournié. *Physiologie du système nerveux cérébro-spinal*, p. 744, et *Essai de psychologie, la Bête et l'Homme*, p. 75.

notre état intérieur se produit selon ce mécanisme que nous avons désigné sous le nom de *sentiment de l'activité cérébrale.* Grâce à ce sentiment, les produits de la vie cérébrale, que nous avons dit tout à l'heure échapper à l'investigation directe par les sens, rentrent tout à fait dans le domaine de l'expérimentation, contrairement à ce que prétendent ceux qui, méconnaissant les conditions et les exigences de la physiologie cérébrale, confondent sous le nom de *métaphysique* tout ce qui ne frappe pas immédiatement leurs sens, et attendent que les éléments anatomiques eux-mêmes parlent et leur disent en quoi consiste la physiologie du cerveau. Les éléments anatomiques ne répondront jamais à cette attente; mais nous pouvons et nous devons interpréter leur mode d'action au moyen précisément du sentiment que nous venons de définir.

Le sentiment de l'activité cérébrale est le sens à la faveur duquel les philosophes de tous les temps ont prétendu édifier la psychologie. Mais comme ce sens, qu'il ne leur était pas possible de définir et qu'ils désignaient vaguement sous le nom de *sens* intime, n'était pas éclairé chez eux par l'anatomie normale et pathologique, et par les lois générales de la physiologie, ils ont été conduits à rêver la réalité et à prendre pour des vérités objectives ce qui n'était que le produit de leur propre imagination.

Telles ne sont pas les conditions du physiologiste. Placé en présence d'éléments anatomiques dont il connaît les propriétés; dirigé par les connaissances anatomiques, physiologiques, et par le sentiment de l'activité cérébrale, le physiologiste est mieux en état de porter le flambeau de l'analyse dans l'obscurité de la vie cérébrale et de nous dire quels sont les produits de cette vie. Or, cette analyse nous enseigne que, dans tout fonctionnement cérébral il y a un phénomène de sensibilité simple, un phénomène de sensibilité avec connaissance et de mémoire, un phénomène d'excitation motrice. Que le cerveau fonctionne pour bâtir une maison, composer un sonnet ou un morceau d'opéra, il met indispensablement en œuvre ces trois activités, qui dès lors doivent être considérées comme les produits de la vie organique du cerveau, produits non identiques, mais analogues à la bile, à la contraction musculaire, et destinés comme ces dernières à remplir une fonction, la fonction cérébrale, par leur transformation en mouvements extérieurs. Après avoir déterminé quels sont les produits de la vie organique du cerveau; après avoir montré leur analogie, au point de vue fonctionnel, avec les produits de la vie des autres organes, nous devons faire un pas de plus; nous devons faire connaître ces produits en eux-mêmes, nous devons indiquer leur condition anatomique, nous devons enfin montrer par quel enchaînement admirable ils arrivent à réaliser le fonctionnement cérébral.

Mais préalablement établissons un fait important.

Les trois manifestations fondamentales de l'activité du cerveau doivent avoir un siège anatomique distinct, parce que les phénomènes de sensibilité, de mémoire, d'excitation motrice, peuvent être abolis séparément par suite d'une lésion matérielle. De plus, nous ne devons pas, selon les idées de Gall, trouver ces conditions réunies dans un même organe, parce que, dès que la sensibilité ou la motilité sont troublées, cette altération est la même pour tous les

fonctionnements indistinctement. Lorsque mon bras, par exemple, est paralysé, il l'est tout aussi bien pour exécuter un signe mimique que pour tenir une plume ou un ébauchoir. Nous devons donc trouver un siège distinct pour les phénomènes de sensibilité, un siège distinct pour les phénomènes de mémoire, un siège distinct pour les phénomènes d'excitation motrice. Cela posé, nous examinerons séparément chacun de ces phénomènes.

1° *Phénomènes de sensibilité.* — Sentir simplement, ou, autrement dit, percevoir à travers les nerfs des organes des sens ou de la sensibilité générale est la propriété physiologique des cellules des couches optiques. La sensibilité ne se développe que dans cette région, et les fibres sensitives qui, des cordons postérieurs, arrivent dans les couches optiques, possèdent seules la prérogative de développer le sentiment simple.

Le sentiment ainsi développé est un phénomène vital élémentaire indécomposable; il est une des formes de la vie. Son complément indispensable, au point de vue fonctionnel, est la *connaissance*.

Mais sentir avec connaissance n'est plus un phénomène vital élémentaire, simple. La connaissance ne se produit qu'à la faveur d'un mécanisme que nous avons déjà fait connaître [1]. Pour qu'un sentiment simple devienne une connaissance, il faut l'intervention d'une autre manière de sentir, car on ne connaît qu'en distinguant un sentiment d'un autre sentiment, en constatant qu'on peut sentir de deux façons différentes.

Le sentiment simple est à la base de toutes les opérations cérébrales ; il est aussi l'excitant de toutes les activités. Quant au sentiment avec connaissance, nous allons nous en occuper à propos des phénomènes de mémoire.

2° *Phénomènes de mémoire et de connaissance.* — Y a-t-il dans le cerveau des cellules qui ont la propriété de se souvenir et de connaître? Non, certainement; mais nous trouvons, dans la partie superficielle de l'écorce grise du cerveau, des cellules qui sont unies par des fibres aux cellules des couches optiques et dont l'activité propre est réveillée par le même mouvement qui, venant des nerfs périphériques, provoque le sentiment. La propriété physiologique de ces cellules consiste à conserver la possibilité de réveiller dans les couches optiques, et en l'absence de la cause impressionnante extérieure, le même sentiment qui fut provoqué jadis par cette cause et qui mit en jeu une première fois l'activité des cellules optiques et corticales. Les couches optiques se trouvent ainsi entre deux sources d'excitation qui donnent, tantôt un sentiment actuel, tantôt un sentiment de souvenir, selon que l'excitation vient des nerfs périphériques ou des cellules de l'écorce grise. Il résulte de cette manière de voir, qu'entre un sentiment actuel et un sentiment de souvenir, il y a cette différence, que le premier est le résultat des propriétés des cellules optiques réveillées par les nerfs sensitifs, tandis que le second résulte du réveil des mêmes cellules sous l'influence des cellules de l'écorce grise du cerveau.

Les conditions organiques de la mémoire étant ainsi établies, on compren-

[1] E. Fournié. *Physiologie du système nerveux cérébro-spinal*, p. 279, et *Essai de psychologie, la Bête et l'Homme*, p. 75 et 137.

dra plus facilement ce qui caractérise le *sentiment avec connaissance*, dont nous avons déjà parlé. Pour se souvenir, il faut avoir déjà connu ; pour connaître, il faut distinguer au moins deux causes impressionnantes ; mais pour distinguer deux causes, il faut nécessairement se souvenir des caractères qui distinguent ces causes l'une de l'autre, *même en leur présence*. Il suit de là que se souvenir et connaître sont inséparables, qu'ils ne font qu'un, et que les éléments qui sont la condition du souvenir sont également la condition de la connaissance. Le siège des phénomènes de mémoire et de connaissance se trouve donc dans la couche superficielle de l'écorce grise du cerveau.

3° *Phénomènes excito-moteurs.* — Nous venons de voir que les cellules optiques et les cellules superficielles de l'écorce grise ont des propriétés physiologiques bien déterminées; mais n'auraient-elles pas aussi le pouvoir d'exciter directement le mouvement? Sentiment et mouvement, en effet, sont si intimement unis qu'ils semblent n'être que les phases successives d'un même phénomène. Cependant cela n'est pas. De même que dans la moelle, les cellules sensitives des cornes postérieures doivent réveiller l'activité propre des cellules motrices des cornes antérieures, de même dans le cerveau, les cellules qui président au sentiment actuel ou de souvenir ne provoquent un mouvement qu'à la condition de réveiller l'activité propre d'un autre élément, et cet élément est la cellule motrice. Celle-ci seule a le pouvoir d'exciter dans les fibres motrices le mouvement physiologique destiné à provoquer la contraction musculaire. Les cellules motrices du cerveau se trouvent en deux points différents : dans les corps striés et dans la couche profonde de l'écorce grise. Le cercle suivi par les influences qui concourent à l'exécution de tous mouvements commence par le sentiment dans les couches optiques; de là il se dirige vers les cellules de la couche superficielle de l'écorce, puis vers les cellules de la couche profonde, et enfin vers les corps striés. Lorsque le mouvement provoqué n'est pas apprécié, raisonné, il passe sans s'arrêter dans les cellules de la couche corticale; si, au contraire, le mouvement est de ceux qui sont voulus, raisonnés, le mouvement s'arrête dans la couche corticale pour y réveiller l'activité des cellules qui représentent la connaissance et le souvenir. Ce temps d'arrêt, si important dans la vie de l'intelligence, est l'un des caractères qui distinguent si bien les fonctions de la moelle des fonctions du cerveau.

Les phénomènes de sensibilité, de mémoire et de motricité, résultant des propriétés physiologiques des cellules des couches optiques de l'écorce grise et des corps striés, sont les pièces maîtresses du mécanisme cérébral. C'est, en effet, de leur association et de l'action réciproque qu'elles exercent les unes sur les autres, que résultent toutes les activités cérébrales et particulièrement les actes de la pensée. Pour justifier cette assertion, nous esquisserons à grands traits la manière dont se constitue le merveilleux instrument qui porte le nom d'*intelligence humaine*.

Lorsque les couches optiques sont impressionnées par un son, par une vue, cette vue, ce son réveillent en même temps l'activité des cellules de l'écorce grise, et dès lors le cerveau conserve la possibilité de provoquer l'apparition subjective de ces perceptions dans les couches optiques. Mais le son, l'image

ne nous laissent pas indifférents; ils sollicitent notre activité motrice, et, par exemple, nous provoquons, sous leur influence, le mouvement des organes de la voix pour imiter le son; l'imitation étant obtenue, l'exercice des cellules corticales qui a dû se produire à cette occasion reste un fait acquis à l'état de mémoire de mouvement. Si après avoir imité le son, nous le désignons par un son différent et significatif, nous avons l'élément de la parole que nous casons aussi dans la mémoire des mouvements, avec une circonstance particulière, c'est-à-dire en associant indissolublement l'acte qui produit le mot à la perception qu'il représente. Enfin, si nous faisons arriver dans les couches optiques des impressions de goût, de tact, de plaisir, de douleur, des idées intellectuelles, et qu'après les avoir soumises au même mécanisme de mémoire et de mouvement, nous les associons en les unissant par des liens de communication, nous avons un faisceau imposant de sentiments, de souvenirs et d'actes qui n'est autre chose que l'intelligence humaine elle-même arrivée à un certain degré de développement [1].

Après avoir esquissé à grands traits les principales lignes de la vie cérébrale, nous allons signaler les avantages que la pathologie mentale peut retirer de la physiologie.

§ II. Physiologie pathologique de l'encéphale.

Dans l'interprétation des troubles de la vie cérébrale, nous adopterons la même marche analytique que nous avons suivie pour déterminer les pièces fondamentales du mécanisme cérébral. En d'autres termes, nous examinerons successivement les troubles du phénomène sensible, les troubles du phénomène de mémoire et de connaissance, et enfin les troubles du phénomène excito-moteur.

1° *Troubles du phénomène sensible.* — En quoi et comment un phénomène sensible peut-il être troublé? Cela dépend du point de vue auquel on se place. Si l'on considère exclusivement la sensibilité dans l'organe même où elle se développe, nous trouvons qu'elle peut être exaltée, diminuée ou abolie, et que ces modifications peuvent être rattachées à une exaltation, à une diminution ou à l'abolition des propriétés physiologiques des cellules, par suite d'une modification qui échappe souvent à nos moyens d'investigation, par suite aussi d'une modification du milieu dans lequel vivent ces dernières.

Les troubles de la sensibilité par les causes et dans les conditions que nous venons de mentionner se rencontrent et existent par eux-mêmes dans la plupart des maladies mentales. Aussi trouve-t-on très souvent après la mort, à la surface et à l'intérieur des parois ventriculaires, des lésions appréciables.

Si nous considérons à présent la sensibilité, non plus exclusivement dans les couches optiques, mais dans ses rapports avec les autres parties de l'instrument nerveux, c'est-à-dire avec les parties qui lui transmettent l'excitation

[1] La constitution de l'intelligence est la même chez le sourd-muet et chez l'entendant-parlant. La seule différence, c'est que le sourd-muet, qui n'entend pas, case dans sa mémoire des images au lieu de sons. Chez le premier, les signes mimiques réveillent les signes de l'écriture, tandis que chez le second ce sont les signes sonores qui provoquent ce réveil.

nécessaire à son développement, les troubles d'exaltation, de diminution, d'abolition revêtent des caractères particuliers selon le point d'où provient l'excitation. Mais ici nous devons distinguer deux cas, selon que la sensibilité est réveillée par l'excitation des nerfs périphériques ou par l'excitation des cellules de la couche corticale du cerveau.

Dans le premier cas, nous trouvons les troubles d'exaltation, de diminution ou d'abolition des diverses sensations spéciales et les troubles des sensations fonctionnelles. Laissons de côté les premières, bien connues, et occupons-nous des secondes, dont la nature ne nous paraît pas avoir été bien déterminée.

La vie organique, cette vie incessante et intime des tissus, n'a pas de nerfs qui lui sont propres; aussi nous ne connaissons rien de cette vie, nous ne la sentons pas. La vie fonctionnelle, au contraire, a des nerfs qui sentent l'appel de l'excitant fonctionnel et des nerfs qui provoquent le mouvement fonctionnel; aussi nous connaissons la vie fonctionnelle, car nous la sentons. Or, toutes les fois que nous sentons la vie fonctionnelle, c'est sous le mode agréable ou sous le mode désagréable, agréable si la fonction s'accomplit dans les conditions normales, désagréable si la fonction s'accomplit dans les conditions anormales.

Ainsi considéré, l'agréable est, comme le disait Descartes, le sentiment intime de quelqu'une de nos perfections, et par contre, pourrions-nous ajouter, le désagréable est le sentiment intime de quelqu'une de nos imperfections. Mais ces définitions, bien que fort séduisantes, n'enseignent absolument rien. Que sont physiologiquement l'agréable et le désagréable? Selon nous, ces deux manières de sentir sont des modes de la sensibilité, des modes de la vie par conséquent, et la vie ne s'explique pas. Tout ce que nous pouvons faire, c'est d'établir les conditions dans lesquelles ces divers modes se développent. Eh bien, après avoir dit que ces manières de sentir sont les compagnons inséparables de l'exercice fonctionnel, nous ajouterons qu'elles ne se développent que dans cette circonstance et qu'elles résultent de la manière dont le mouvement nerveux des nerfs réveille l'activité des cellules des couches optiques. Le même nerf fonctionnel, en effet, pouvant transmettre le mouvement qui réveille l'agréable et le désagréable, c'est aux variables conditions de ce mouvement que l'on doit attribuer le développement de ces deux sentiments opposés.

Les sensations fonctionnelles, depuis le plaisir génésique jusqu'au plaisir de l'étude, depuis la douleur de l'inflammation jusqu'à la douleur nerveuse la plus vive, sont une des sources où la vie mentale vient puiser les conditions de son activité. C'est pourquoi l'hypocondrie, la mélancolie, la classe des névroses tout entière, sont tributaires de cet ordre de sensations dont la cause impressionnante, ne l'oublions pas, est dans la vie organique, et les conditions de développement dans les nerfs fonctionnels et dans les couches optiques.

Après avoir examiné le cas dans lequel la sensibilité est réveillée sous l'influence de l'action des nerfs périphériques, nous devons nous occuper du second cas, de celui dans lequel la sensibilité est réveillée par l'excitation des cellules de la couche corticale. Les troubles de sensibilité qui résultent des relations des couches optiques avec l'écorce grise dominent par leur nombre et leur importance toute la vie mentale et intéressent plus particulièrement les aliénistes. Mais comme la mémoire et la connaissance sont au fond de toutes ces

altérations, nous réservons ce que nous avons à en dire pour le moment où nous nous occuperons de ces dernières.

2° *Troubles de la mémoire et de la connaissance.* — Les troubles de la mémoire et de la connaissance consistent dans l'augmentation, la diminution ou l'abolition de ces phénomènes. Mais chacun de ces troubles peut se présenter avec des nuances tout à fait caractéristiques. C'est ainsi que l'exaltation de la mémoire et des idées intellectuelles, si prononcées chez le maniaque, acquiert son *summum* d'intensité chez l'halluciné. L'hallucination, en effet, est physiologiquement constituée par l'action exagérée des cellules corticales sur les couches optiques et les nerfs périphériques. C'est ainsi que la diminution de la mémoire et de la connaissance se présente chez les mélancoliques avec le caractère de lenteur et de paresse dont la vie intellectuelle de ces malades est empreinte.

Quant à l'abolition, elle est plus ou moins complète, passagère ou permanente. Tous ces troubles se rencontrent à des degrés divers dans toutes les maladies mentales, et quelquefois même on les trouve réunis chez le même sujet. Chez le maniaque, par exemple, on peut trouver une exaltation des phénomènes de mémoire sur certains points, la diminution et la perte de la connaissance sur d'autres.

Les lésions qui accompagnent ces troubles varient évidemment avec les nuances que nous venons d'indiquer. En général, les troubles légers de diminution ou d'augmentation d'intensité dans les phénomènes de mémoire et de connaissance sont accompagnés d'un état hypérémique des méninges et de la couche superficielle de l'écorce grise. Cette coïncidence d'une même lésion organique avec des troubles symptomatiques si opposés, comme cela se voit, par exemple, dans la mélancolie et la manie, rend difficile l'établissement d'une relation de cause à effet entre la lésion et les symptômes observés. Cependant, en admettant, avec MM. Griesinger, Lasègue et autres, une certaine analogie entre l'ébriété alcoolique et la folie, on peut s'expliquer comment une même lésion peut produire tantôt la manie, tantôt la mélancolie, par la même raison qui fait que l'alcool produit tantôt la gaieté, tantôt l'abrutissement.

Dans les deux cas la forme des effets produits peut être attribuée au caractère et aux variables dispositions de chacun. Quant à la perte plus ou moins complète de la mémoire et de la connaissance, elle coïncide avec toutes les lésions qui caractérisent anatomiquement la folie chronique et la démence paralytique : œdème des méninges, hydrocéphalie, décoloration de la substance corticale, ramollissement rougeâtre de l'écorce grise, sclérose, envahissement de la névroglie et nécrobiose des éléments nerveux, etc.

Le siège constant des lésions que nous venons d'énumérer dans la région périphérique du cerveau, et leur coïncidence avec les troubles ou la perte de la connaissance et de la mémoire pendant que les phénomènes de *sensibilité simple* restent plus ou moins intacts, sont une preuve frappante de l'exactitude de notre manière de voir lorsque nous disons que les phénomènes de sensibilité se développent dans les couches optiques, et que ces phénomènes ne revêtent le caractère de la connaissance et de la mémoire qu'alors seulement

qu'ils se développent sous l'influence de l'activité des cellules de la couche superficielle du cerveau.

Si, comme le pense M. Luys, les phénomènes de perception se produisaient dans la couche corticale, au lieu de se produire dans les couches optiques comme nous le prétendons, tout ce qui concerne le mécanisme de la mémoire et de la connaissance serait inexplicable et en contradiction avec les faits que nous venons de mentionner.

3° *Troubles du phénomène excito-moteur.* — Les troubles du phénomène excito-moteur consistent, comme les troubles de sensibilité et de mémoire, dans l'augmentation, la diminution ou l'abolition du phénomène. La dépression mélancolique et l'agitation maniaque nous donnent une idée exacte de l'exaltation ou de la diminution du phénomène excito-moteur. Dans la démence stupide, l'altération de ce phénomène est plus prononcée. Enfin la paralysie générale nous offre le type le plus parfait de son abolition.

Les lésions anatomiques qui coïncident avec ces troubles spéciaux se trouvent dans l'écorce grise du cerveau, et cela doit être, s'il est vrai, comme nous l'avons dit, que le mouvement ne peut être provoqué que par l'action des cellules superficielles de l'écorce grise sur les cellules motrices placées dans la couche profonde. D'après cette manière de voir, les troubles excito-moteurs proviendraient, soit de ce que les cellules de la couche superficielle, détruites ou profondément altérées, n'agissent plus sur les cellules de la couche profonde, soit de ce que ces dernières sont elles-mêmes envahies par le processus morbide. Cette opinion emprunte un grand degré d'exactitude à ce que l'on observe dans les diverses formes de maladies mentales. En effet, dans la mélancolie, dans la manie, caractérisées principalement par un trouble du phénomène de mémoire et de connaissance, on ne trouve le plus souvent à l'autopsie que de l'hypérémie des méninges et de la couche superficielle du cerveau. Dans la paralysie générale, au contraire, caractérisée par un trouble profond du phénomène excito-moteur, les lésions ont été trouvées, surtout par M. Baillarger, qui le premier a su les y chercher, dans les couches profondes de l'écorce grise et jusque dans la substance blanche des circonvolutions. La sclérose est la lésion caractéristique que M. Baillarger a trouvée en pareil cas.

L'étude du mécanisme selon lequel se produisent les troubles du phénomène excito-moteur nous conduit à dire un mot d'interprétation touchant les faits qui concernent les prétendus centres moteurs de l'écorce grise, l'aphasie, et la paralysie générale.

Personne n'ignore que certains expérimentateurs, et en particulier M. Ferrier, ont cherché à provoquer des mouvements par l'application de l'électricité sur la surface de l'encéphale, et que, après en avoir obtenu, ils ont conclu à l'existence de centres moteurs dans l'écorce grise. Nous n'avons pas besoin de l'intervention de l'électricité pour savoir s'il y a dans cette écorce, non pas des centres moteurs, comme on le dit facilement, mais les conditions complexes qui président à l'exécution des mouvements. Ce sont ces conditions qu'il importe au physiologiste de déterminer, et c'est ce que nous avons fait avant l'introduction du procédé électrique de MM. Hitzig, Fritz et Ferrier. Ce procédé,

d'ailleurs, est trompeur à cause de la diffusion de l'agent électrique. Il est évident pour nous que l'électricité traverse la couche de substance grise pour aller exciter les fibres blanches sans émouvoir la vie propre des cellules de l'écorce. Les cellules seules ont le pouvoir d'exciter l'activité des cellules motrices, et dans ce cas l'électricité ne saurait se substituer à l'influence de la vie.

Une critique analogue est applicable à la manière dont on explique généralement le phénomène de l'aphasie. De ce qu'une lésion déterminée coïncide le plus souvent avec l'abolition de la parole, on localise en bloc toute la fonction du langage dans la région lésée. C'est plus tôt fait; mais on pourrait faire mieux. Nous avons démontré ailleurs [1], combien il était antiphysiologique et erroné de prétendre localiser toute une fonction dans un seul côté du cerveau ; nous nous bornerons ici à dire comment, selon nous, les phénomènes de l'aphasie doivent être interprétés. Dans la parole comme dans tout autre acte fonctionnel il y a un phénomène de sensibilité, un phénomène de mémoire et de connaissance, un phénomène excito-moteur. Or, dans l'aphasie qui coïncide avec une lésion de la troisième circonvolution gauche ou droite, le phénomène sensible ne doit pas être troublé, puisque les couches optiques sont intactes, et, en effet, le malade entend le mot et quelquefois il le comprend. Deux choses seulement peuvent être troublées en pareil cas : la mémoire et la connaissance du mot si la lésion porte sur les cellules de la couche superficielle, et l'excitation motrice si la lésion a atteint les cellules de la couche profonde. Il est évident que la perte du mouvement doit suivre, dans le premier cas, le défaut d'excitation des cellules superficielles sur les cellules motrices de la couche profonde.

Quant à la question des rapports de la paralysie générale avec la folie, elle peut être résolue, selon nous, par cette considération, qui repose sur l'observation des faits, que l'invasion de la maladie, au lieu de se produire des couches superficielles vers les couches profondes, comme cela a lieu dans certaines formes de maladies mentales, se produit au contraire, dans la paralysie générale, des couches profondes vers les couches superficielles. D'après cette manière de voir on s'explique facilement l'apparition des troubles moteurs qui caractérisent généralement le début de la maladie, et on a la justification de cette marche progressive qui conduit peu à peu le malade à un anéantissement complet de ses facultés sensitives et motrices après avoir traversé le délire des grandeurs.

Après avoir passé en revue les troubles que l'on observe dans les trois phénomènes fondamentaux de l'activité cérébrale, nous nous résumerons sous forme de conclusions :

1° Au point de vue fonctionnel, le cerveau doit être considéré comme un mécanisme composé de trois pièces maîtresses, exerçant les unes sur les autres une action réciproque et concourant chacune, en leur particulier, à un but commun. Ces trois pièces sont : 1° les couches optiques, dont la propriété physiologique est de donner naissance au sentiment, de quelque nature qu'il soit, actuel ou de souvenir; 2° les cellules de la couche superficielle de l'écorce grise, dont la propriété physiologique est de conserver, sous forme de mouvement possible, la propriété de réveiller dans les couches optiques

[1] E. Fournié. *Application des sciences à la médecine*, p. 282 et 333.

un sentiment déterminé; ces cellules représentent ainsi les conditions organiques de la mémoire et de la connaissance; 3° les cellules de la couche profonde de l'écorce grise, dont la propriété est d'exciter les fibres motrices qui convergent vers les cellules motrices des corps striés. Ces trois pièces sont fondamentales; l'acte fonctionnel du cerveau le plus simple ne saurait se passer de leur influence, et l'une d'elles venant à manquer, le mécanisme est ou profondément troublé ou bien il s'arrête.

2° Tous les troubles de l'organe nerveux central sont constitués par l'état de vivre anormal de l'une des trois pièces fondamentales que nous venons de signaler. Ces troubles sont physiologiquement caractérisés par l'exaltation, la diminution ou l'abolition des propriétés physiologiques des éléments, et ils proviennent, soit d'une modification de la circulation, soit de la présence nocive de produits homœomorphes ou hétéromorphes, soit de l'action d'un traumatisme, soit enfin d'une modification propre de la vie des éléments.

3° De même que l'acte cérébral le plus simple ne saurait s'accomplir sans la participation de l'un des trois phénomènes fondamentaux de sentiment, de mémoire, d'excitation motrice, de même, dès que l'un de ces phénomènes est troublé, la manifestation des deux autres s'en ressent et le trouble s'étend à l'ensemble du mécanisme.

4° De même que l'un des trois phénomènes fondamentaux pris isolément ne représente qu'un élément fonctionnel et ne saurait constituer à lui seul une fonction complète, de même, dans la détermination des espèces morbides, en pathologie mentale, on n'est pas autorisé à faire une maladie distincte du trouble isolé de l'un des trois phénomènes fondamentaux. Ce trouble isolé ne peut être qu'un élément morbide concourant avec d'autres éléments à la détermination d'une espèce morbide distincte. Cela est si vrai que les troubles des phénomènes fondamentaux : l'*hallucination*, l'*amnésie*, la *parésie*, la *paralysie*, se trouvent, à des degrés divers, dans toutes les espèces morbides décrites jusqu'ici par les aliénistes. Guidés simplement par l'observation clinique, ceux-ci ont su trouver le seul principe nosologique qui puisse convenir en pathologie mentale ; ils ont établi, en effet, leurs espèces morbides, non d'après l'anatomie pathologique, insuffisante et trompeuse au point de vue de la classification, mais sur un ensemble de symptômes suffisamment caractérisé par l'absence ou la présence, l'association, l'enchaînement, la prédominance des troubles des phénomènes fondamentaux qui concourent à la fonction de l'intelligence. Nous sommes heureux de constater, en terminant, que l'interprétation physiologique justifie pleinement cette manière de comprendre et de constituer la pathologie mentale. (Applaudissements.)

M. le Président. La parole est à M. Fournet pour la lecture d'un Mémoire intitulé :

DE L'HÉRÉDITÉ PSYCHIQUE OU MORALE.

M. le Dr Fournet. Messieurs, cette question d'une hérédité psychique est encore peu familière aux esprits et mal définie; absorbée par les uns dans l'hérédité organique, égarée par les autres dans le mysticisme.

Le point de vue auquel je la conçois et vous la présente est tout autre : deux êtres, l'un organique, l'autre psychique, concourent hiérarchiquement à l'unité de l'homme et à l'harmonie finale de sa vie. La personnalité ou âme humaine a ses conditions et ses lois de formation, de développement et de reproduction, et par conséquent d'hérédité, comme le corps humain; nous

restons ainsi dans l'ordre naturel, dans le domaine de l'observation et de la science, mais en nous élevant de la physiologie à la psychologie, de la science du physique à la science métaphysique.

Pour faciliter la transition de l'un à l'autre de ces deux objets, l'un des sens, l'autre de l'esprit, je ferai ce que fait la nature dans ses évolutions; elle nous conduit de la vie des sens à la vie de l'esprit, et elle nous conduit à l'esprit par les sens. Je demanderai à la science de l'hérédité organique, déjà faite, de nous initier à la science de l'hérédité psychique, encore à faire; en d'autres termes, je chercherai à retrouver dans les faits d'hérédité psychique les principes et les lois de l'hérédité organique; il est évident, en effet, que ces deux sciences, qui ne font que refléter les deux mondes de l'homme, doivent être liées entre elles de la même logique, de la même unité de principe que ces deux parties de la nature humaine. Ces deux hérédités, l'une corporelle, l'autre morale, ont donc nécessairement mêmes principes et mêmes lois. Les vingt minutes accordées à chaque orateur du Congrès me donnent à peine le temps d'une esquisse; la preuve, par les détails, m'est interdite; mais la preuve qui va ressortir de la source même de tous les détails, c'est-à-dire de la concordance de ces deux sciences, n'en sera que plus vive pour vos esprits réfléchis.

Les traits essentiels de l'hérédité organique me semblent être les suivants :

L'enfant se forme de la substance de ses parents;

Le père fournit la substance fécondante dans ce qu'on appelle la conception;

La mère fournit la substance organisatrice dans ce qu'on appelle la gestation;

Le nouvel être, ainsi constitué par le père, organisé par la mère, arrive, par une série d'évolutions progressives, au terme de son organisation.

Il fait alors son avènement à l'individualité et au monde extérieur, sous le nom de naissance.

A ce moment, on peut se le définir : un principe d'humanité servi par des organes, par un organisme dont la fonction permanente sera la conservation, dont la fonction finale sera la reproduction du nouvel être, c'est-à-dire la perpétuation du principe d'humanité.

Jusque-là, exclusivement formé de la substance de ses ascendants, l'enfant en est l'image fidèle et indivise; c'est l'hérédité sans mélange.

Mais, à partir de la naissance, c'est-à-dire de son avènement à l'individualité viable et à la vie propre, l'enfant tire lui-même sa substance du monde extérieur où il a droit et place; d'abord, et comme transition, il reçoit ce chyle du monde extérieur, préparé par la mère sous le nom d'allaitement; mais bientôt il le tire lui-même de l'aliment et de l'air, c'est-à-dire de sa mère permanente, de sa mère éternelle la nature, par la digestion et la respiration. Il forme et répare ainsi lui-même son sang, et, par ce sang, son être et sa vie organiques.

Mais remarquons bien, Messieurs, qu'il ne peut former et assimiler cette nouvelle substance de son être et de sa vie qu'avec l'organisme qu'il a reçu de ses parents; le type héréditaire s'imprime donc encore nécessairement comme

un sceau, comme un droit de suzeraineté, jusque sur les caractères propres au nouvel être, sur les caractères acquis par son travail.

De son côté, le nouvel être peut modifier et modifie souvent, par la substance qu'il tire de son milieu, des divers milieux qu'il traverse, la substance, les caractères et les dispositions, saines ou morbides, qu'il avait reçus de ses parents. Il peut ainsi se relever de plus d'un défaut ou vice originel, comme aussi il peut abaisser, compromettre, ruiner son type primitif.

Au moment où la série ordinaire des évolutions vitales l'élève à la virilité, à la capacité de se reproduire, il est donc le double produit de la génération primitive de ses parents et de sa propre génération ou dégénération journalière. Les substances et les dispositions reçues de ces deux sources, l'une d'emprunt, l'autre propre, se combinent, se transforment dans des modes si complexes et si variés qu'ils sont encore lettre close pour la science. Ce nouvel héritage à transmettre sera encore modifié par le mélange des sangs des deux générateurs qui s'allient.

Vous apercevez là, Messieurs, la source encore mystérieuse des transformations morbides dont la science moderne constate le fait, mais ignore encore les lois; ici, comme en toutes choses, comme en question d'hérédité morale, ainsi que nous le verrons bientôt, c'est évidemment en remontant aux sources d'hérédité que je signale, et en se livrant à une analyse sévère des éléments et des faits qui en découlent, que la science de l'hérédité découvrira un jour la logique de ces faits et nous la traduira en lois précises.

Voilà bien, je crois, les traits essentiels de l'hérédité organique.

Nous pouvons maintenant, Messieurs, avec ces données, aborder la question de la génération et de l'hérédité psychiques, et constater leur parallélisme.

Suivons ce parallèle.

L'âme humaine se forme, comme le corps, de la substance paternelle et maternelle, mais cette substance est spirituelle au lieu d'être corporelle; ce sont les idées et les principes émanés de l'esprit des parents, impliqués d'abord dans les sentiments et les actes incessants d'une tendresse intelligente, ensuite dans des formules parlées de plus en plus claires. Ces sentiments et ces idées convergent des sources paternelle et maternelle vers l'enfant, arrivent, par ses sens extérieurs, à son sens intime, l'émeuvent d'une émotion douce et féconde, qui correspond à la conception organique et qui est la conception morale; c'est le point de départ d'un nouveau foyer de vie, le foyer réfléchi. Ces premiers et heureux rapports de l'enfant avec ses parents lui sont comme une première révélation de son *moi*, de sa personnalité future, d'une vie nouvelle de caractère affectif et moral. Mais ce premier linéament d'une conscience de soi ne peut commencer qu'à la naissance de l'enfant, c'est-à-dire au temps où il entre par les sens en rapport avec ses parents, où il peut recevoir, par la sensation, la substance spirituelle émanée d'eux sous les noms de sentiments et d'idées. Ce que le monde appelle éducation, je l'appelle génération morale; elle commence quand la génération organique est achevée, dès le berceau. Comme la conception organique, la conception morale résulte donc du concours fécondant de deux substances; l'ovule fécondé, ici, c'est l'enfant.

Ce premier germe de la jeune âme, qui éclate comme une étincelle d'être et de vie dans le premier sentiment du moi, et qui résulte du concours à la fois tendre, généreux et intelligent des deux parents, ce germe spirituel, une fois né, se greffe sur le sang moral de la famille qui est pour lui ce que le sang de la mère est pour le fœtus; c'est la gestation morale qui commence. La vie intra-familiale est, en effet, à la jeune âme de l'enfant, exactement ce que la vie intra-utérine est au corps, une longue période d'organisation du nouvel être, au moyen de la substance qui afflue vers lui. La jeune âme, elle, s'y organise en facultés sous l'afflux des sentiments et des idées qui composent l'atmosphère morale de la famille; c'est la logique commune de ces sentiments et de ces idées qui s'organise en facultés, comme la logique vitale s'était organisée en fonctions. Quand l'organisme spirituel des facultés de l'âme est assez formé et d'un jeu assez régulier pour pouvoir concevoir et exécuter par soi-même, quand la jeune âme est devenue viable à la vie propre par une gestation morale suffisante, elle fait son avènement à la personnalité, par ses premiers essais d'autonomie, comme le fœtus a fait son avènement à l'individualité par sa naissance, et l'a manifestée dans ses vagissements et ses premiers essais de vie extérieure; mais cet avènement à la vie personnelle, résultant d'une assimilation suffisante d'idées, pour donner la capacité de concevoir et de faire par soi-même, n'a lieu et ne peut avoir lieu que successivement dans les différents ordres de choses, c'est-à-dire dans le sens et la mesure même des initiations reçues.

Dès ce moment, et en chaque ordre de choses où la personnalité de l'enfant se révèle par l'autonomie, à la direction d'abord absolue des parents succèdent leurs simples avis, comme l'allaitement succède à la dépendance absolue du cordon ombilical. Pas plus que le nouveau-né, l'âme ne se suffit encore à elle-même; elle a longtemps encore besoin de l'allaitement intellectuel et moral de ses parents et de ses maîtres, comme l'enfant du lait de sa mère ou de sa nourrice.

Mais comme l'enfant qui se fait homme et qui finit par tirer lui-même et lui seul son nutriment de la nature, c'est-à-dire qui fait lui-même son chyle et son sang de l'aliment et de l'air, de même la jeune âme, jusque-là constituée et nourrie des seuls principes, des seules idées de la famille, passe du milieu familial dans le milieu social et dans le grand milieu de la nature, y compris sa propre nature humaine, et y puise désormais elle-même, dans la mesure des facultés que l'éducation lui a formées, les éléments de son chyle et de son sang spirituels, les idées et les principes de son développement ultérieur.

Enfin l'âme, nourrie de cette nouvelle substance tirée des différents milieux qu'elle traverse, poursuit son développement jusqu'à cet apogée que j'appelle la virilité morale, et qui lui permet de remplir sa mission finale d'ici-bas, la même pour elle que pour le corps: la reproduction, la perpétuation de son principe dans de nouvelles éducations, dans des générations morales nouvelles, dans l'ensemble des choses humaines. C'est par cette destinée morale qu'elle prépare sa destinée suprême, sa communion immortelle avec Dieu.

Toute âme virile doit reproduire ses idées, ses principes, c'est-à-dire son

idéal, dans sa vie, dans ses œuvres, et doit se reproduire elle-même dans l'âme des générations suivantes.

Le grand artiste est celui qui réalise, avec son pinceau ou son ciseau, le beau qu'il a conçu et qu'il porte en esprit dans son âme et déjà en image dans son imagination; le grand orateur, celui qui fait passer dans la parole toute la passion ou la conviction qui est dans son esprit, et qui fait à son image morale du moment l'esprit de son auditoire; le grand homme de science, celui qui traduit en livre humain le livre divin de la nature, après avoir composé son propre esprit de l'esprit des choses; le grand législateur enfin, celui qui traduit, en lois humaines, les lois divines de la vie personnifiées dans son âme : ils sont tous des Pères. On peut être sûr qu'en pleine virilité et nubilité morales autant que physiques, ils engendreront de belles âmes autant que de beaux corps, s'ils se consacrent à l'éducation de leurs enfants.

En résumant le tableau de ces deux sources distinctes et parallèles des activités organiques et morales de l'homme, on peut dire que l'hérédité organique lègue les appétits de la chair, les tendances impulsives, et que l'hérédité morale lègue la puissance de les juger, de les contenir et de les diriger.

Faisons converger maintenant ce parallélisme entre les deux hérédités, vers leur unité commune, en saisissant de plus près le *principe*, que toutes deux ont mission de reproduire et de perpétuer; ce principe n'est et ne peut être, pour l'homme, que le principe d'humanité, que le principe et la logique de la nature humaine. C'est ce même principe, en effet, qui est incarné, c'est-à-dire organisé en chairs, en organes et en fonctions dans le corps, siège des actions directes, impulsives, animales, et qui doit être personnifié, organisé en facultés dans l'âme humaine, foyer des délibérations et des actions réfléchies, c'est-à-dire conscientes et volontaires, c'est-à-dire morales.

Voilà la raison claire, indiscutable, de cette communauté de principe et de lois, que j'attribue à la physiologie et à la psychologie, et sur laquelle reposent la préparation, l'initiation à l'hérédité psychique par l'hérédité organique.

Toutes deux, en effet, sont substantielles et ont deux sources; pour toutes deux, l'origine des caractères spécifiques et des dispositions individuelles est dans des substances reçues et transmises ; il n'y a de différence entre elles que dans la nature de leurs substances: la substance des organes et des fonctions est charnelle; la substance des facultés de l'âme est purement spirituelle; les sens sont les bouches de préparation et de réception de la substanee de la vie morale.

Ces deux substances et ces deux hérédités ont également deux sources : celle des ascendants, dans la période initiale et initiatrice de la vie; le travail de l'être lui-même pendant la période autonomique.

Mais je dois insister, en raison de la nouveauté du sujet, sur la substance de l'hérédité morale.

Dans la période intra-familiale de la formation de l'âme, correspondante à la période intra-utérine de la formation du corps, la substance constitutive de l'âme et formatrice des facultés n'est pas seulement l'esprit de bonté et d'intelligence impliqué dans les rapports de l'enfant avec ses parents; elle est

encore l'esprit impliqué dans ses rapports avec toutes les personnes et les choses qui l'entourent; et voilà pourquoi les moralistes de l'antiquité voulaient que, dès sa venue en ce monde, l'enfant ne fût entouré que de choses et de personnes de choix, et n'eût jamais sous les yeux, même dès ses premières sensations, que le spectacle du beau et du bien. Si le temps où je suis enfermé me le permettait, je vous étonnerais par des citations curieuses à ce sujet, par les précautions morales dont ils entouraient ce jeune âge. Les plus grands de ces moralistes faisaient remonter aux impressions, aux initiations fâcheuses par l'exemple et par la parole, auxquelles on avait exposé ces jeunes âmes en formation, les ridicules, les travers, les défauts, les vices même qui éclataient ensuite dans leur vie. Dans la période extra-familiale et autonomique de l'être et de la vie psychiques, les sources de la substance constitutive de l'âme étant beaucoup plus nombreuses et plus variées, puisqu'elles ne sont rien moins que toutes les impressions que l'on peut recevoir de l'univers, des hommes et des choses humaines, le choix de ces sources et de cette substance, des sentiments et des idées qui en naissent, prend une importance proportionnelle à la capacité acquise ou à l'impuissance des âmes de résister aux impressions des choses et aux suggestions des personnes. C'est ainsi que toutes les religions écartent soigneusement de leurs néophytes toutes les idées qui pourraient contrebalancer leurs propres initiations. C'est ainsi que les hommes, les familles, les races qui veulent conserver intacts leurs principes, leurs croyances et leurs traditions, évitent les mésalliances morales, les adultères de l'âme qui introduiraient des éléments nouveaux, des ferments spirituels, des idées dissolvantes dans leur sang moral, dans leur constitution spirituelle, et feraient des bâtards ou des métis de l'ordre moral ou religieux.

Il est évident pour tout penseur qui envisage l'avenir du monde du haut de ces grandes lois de la filiation et de l'hérédité morales, il est évident que le croisement incessant des idées produit par les chemins de fer, la télégraphie, la téléphonie, il est évident que l'esprit cosmopolite qui en résulte et fait le caractère des temps actuels, prépare aux générations futures une constitution morale toute nouvelle !

Vous-mêmes, Messieurs les aliénistes, ne reconnaissez-vous pas, sans la faire remonter à ses sources psychiques, et sans la rattacher au principe d'hérédité que je vous présente, ne reconnaissez-vous pas implicitement cette constitution heureuse ou malheureuse de l'âme par les idées, quand vous séparez l'esprit des aliénés des objets, des lieux, des personnes que vous considérez comme les sources de leurs idées délirantes? quand vous les placez dans des conditions nouvelles, de nature à substituer des idées saines à leurs idées morbides? quand vous réglez avec soin, dans vos asiles et dans les familles, leurs occupations, leurs lectures, le personnel qui les entoure, les conversations des parents ou des amis, et jusqu'aux choses de leur ameublement? Car tout ici-bas a son esprit, c'est-à-dire la logique de sa nature, qui parle au travers de la matière à l'esprit humain, et le modifie selon la double nature du sujet et de l'objet.

Il n'est donc aucune des impressions et des initiations reçues et gardées par l'âme humaine, soit dans la première, soit dans la seconde période de son

existence, qui ne contribue en quelque mesure à la constitution de l'âme et à l'hérédité psychique.

Ici encore, les combinaisons d'idées sont nombreuses, les modifications psychiques très diverses et les transformations morales aussi incontestables en fait qu'obscures dans leur filiation. Les problèmes de l'hérédité morale sont mêmes plus difficiles à résoudre que ceux de l'hérédité organique, parce qu'il n'est que peu d'esprits qui s'y appliquent, et que les analyses et les solutions de cet ordre impliquent une culture spéciale, de plus en plus rare de notre temps, qui ne voit guère dans l'esprit qu'un serviteur habile des sens.

Essayons cependant de poser dans ce labyrinthe quelques jalons que la science réunira quelque jour.

Nous avons vu le type organique des parents graver son empreinte jusque sur la seconde nature née de la vie propre; cela, parce que l'enfant, né d'un germe initial, ne peut faire son chyle et son sang qu'avec l'organisme qu'il a reçu de ses parents. Pareillement, le type psychique, communiqué à la jeune âme par la première éducation, plane ordinairement par-dessus tous les changements que le gouvernement personnel a introduits ensuite dans l'être et la vie psychiques, et cela, encore par la même raison, parce qu'on ne peut observer, réfléchir, se faire de nouvelles idées, de nouveaux principes, qu'avec l'organisme de facultés que l'éducation vous a fait et qu'on ne modifie que très lentement, très difficilement.

Tous les temps l'ont dit, tous les hommes le répètent : rien n'efface les traits, rien ne comble les vides d'une première éducation. Alors, en effet, c'est-à-dire dans cette période initiale de la vie morale, la jeune âme, pleine de confiance et de piété filiale, prend toute la substance morale de ses parents, les idées et les principes de son milieu familial, quels qu'ils soient, et se les assimile sans hésitation.

L'assimilation, mais alors fortement voulue et longtemps poursuivie, est aussi le secret des modifications, des transfigurations durables, à l'époque où l'âme cherche et prépare elle-même sa substance, fixe ses idées et ses principes. Quand on remonte, dans la vie d'un homme, d'un peuple ou d'une race, le cours de ses filiations morales, on arrive toujours à une source vive où ils ont puisé, avec ardeur et avec foi, la substance d'une vie nouvelle. Cette ardeur et cette foi sont les équivalents de la piété filiale et de l'aspiration que je viens de signaler aux sources premières de l'âme humaine. Le grand caractère d'une vie, d'une famille, d'une nation, date toujours d'une grande idée, d'un grand homme, d'un grand règne. Chez les personnes en qui l'on constate ce changement profond et persistant, cette source vive a été, pour les élus d'ici-bas, les Numa, les Raphaël, les inspirations égériennes de l'amour; quelquefois, le contact fécond d'un homme supérieur; rarement, la lecture méditée d'un des grands livres de l'humanité ou du grand livre de la nature; le plus souvent, le malheur fécondé par la réflexion. Chez l'individu, on appelle cela les coups de la grâce; chez les peuples, cela s'appelle renaissance; chez les races, une nouvelle ère. C'est partout et toujours une substance supérieure, un principe plus élevé, devenus constitutifs de l'âme.

Aussi est-ce surtout : par les défaillances morales, par les lâchetés de la volonté à chercher et à prendre cette substance supérieure et à se désassimiler ou à écarter l'inférieure, que les âmes, les peuples et les races se dégradent; et par le *sursum corda* qu'ils se relèvent. C'est ainsi que les inerties du principe vital laissent beau jeu aux influences paludéennes et épidémiques; c'est ainsi qu'on le relève de cette inertie par des excitants et des toniques, quelquefois par le fer rouge, qui opère comme le malheur sur l'âme réagissante.

La médecine, et physique et morale, repose tout entière sur ces principes de substantialité, d'assimilation et de désassimilation; c'est avec des substances d'ordre supérieur, air, eau, éléments imprégnés de vie et de vertu vivifiante par l'influence solaire, que vous relevez un corps débilité par des substances alimentaires d'ordre inférieur, par de l'eau non insolée, par de l'air mal oxygéné. C'est avec des principes de vérité et de justice, émanés de leur soleil éternel, que vous rendez à leur dignité et à leur haute destinée les âmes énervées par l'ignorance et l'égoïsme. C'est une loi commune aux deux mondes de l'homme que l'on n'atténue les effets de l'hérédité morbide, comme ceux d'un milieu infectieux, qu'en accroissant la vitalité.

Mais une des sources les plus puissantes de l'hérédité morale comme de l'hérédité organique, c'est la nutrition journalière par une même substance, pendant longtemps continuée. C'est cette assimilation incessante des mêmes aliments et éléments climatériques pour le corps, des idées analogues pour l'âme, qui détermine leurs caractères héréditaires en fixant en eux ces substances.

Comment la république des abeilles se fait-elle une reine? Par une nourriture de choix, toujours continuée. Comment les populations ouvrières améliorent-elles leur santé et leur progéniture? Par tous les éléments du bien-être corporel.

Comment se forment les aristocraties légitimes dans l'État et dans chacune des carrières de la vie? Par aristocratie légitime, j'entends ici la classe des esprits supérieurs et des âmes généreuses. Elles se forment par le culte et la pratique assidus des nobles sentiments, des grands principes de vérité et de justice, et par leur tradition pieusement conservée. Comment Newton est-il devenu le grand esprit de l'astronomie? C'est lui-même qui vous répond : « en y pensant toujours, » c'est-à-dire en s'assimilant sans cesse, élément à élément, la logique sidérale. Comment devient-on savant? En s'assimilant l'esprit des choses.

Comment les castes se sont-elles constituées dans les empires? Par une attribution exclusive des substances : les races royales, les classes sacerdotales, militaires, lettrées, en se réservant à elles seules l'autorité et l'exercice du pouvoir, des armes, des lettres, le dogme et le culte, c'est-à-dire tout ce qui vivifie et virilise les âmes et donne droit au gouvernement des hommes; et comment se sont-elles perpétuées? En retenant cette substance d'être et de vie en elles-mêmes et en elles seules, par une culture personnelle assidue et par la proscription de toute alliance avec les castes inférieures, retenues dans l'infériorité par l'hexérédation de cette substance. Le grand législateur de l'Inde, Manou, consta-

tait, treize siècles avant Jésus-Christ, à propos de la violation du principe des castes, cette différence des substances morales fournies par deux castes éloignées : « Le manque de sentiments nobles, la rudesse des paroles, la cruauté et l'oubli des devoirs, dit-il, dénotent l'homme qui doit le jour à une mère digne de mépris, » c'est-à-dire à une *soudra*. Mais ici la sélection est coupable, parce qu'elle réserve à quelques-uns la substance d'être et de vie que Dieu prédestine à tous; aussi la destinée incoercible de l'humanité a-t-elle brisé les castes et dit-elle aux hommes : L'oxygène moral de la vérité appartient à toutes les âmes, comme l'oxygène de l'air à tous les poumons; celui-là sera le supérieur, quelle que soit sa naissance, cette classe sera la classe gouvernante, quelle que soit son origine, qui auront puisé dans la nature des choses et se seront assimilé la plus grande somme de vérités, c'est-à-dire qui personnifieront le mieux les lois divines de la vie; et quand la majorité des citoyens d'un même État personnifiera ainsi, à divers degrés, la vérité et la justice, ils constitueront eux-mêmes, chacun dans sa mesure, un *self government.*

Mais la substance de vie et, la vie restant ainsi ouvertes à tous, et l'hérédité étant la loi commune, il n'est pas contestable que le descendant puisse hériter, par la génération morale de l'éducation, des caractères, des dispositions psychiques, bons ou mauvais, de ses parents : le crime a ses dynasties comme la vertu. L'enfant qui ne respire d'autre atmosphère morale que celle des voleurs, des assassins, des condamnés de sa famille, ne conçoit ni ne raisonne les droits et les devoirs de la vie comme l'enfant d'une honnête famille; leurs esprits se sont formés d'idées et de principes absolument opposés. Le descendant de parents insanes ou aliénés peut bien avoir reçu d'eux un système nerveux défectueux en plus d'un point, et peu capable, par cela même, de puiser des idées saines dans la nature; de là, et malgré les efforts de l'éducation, les lenteurs de formation de l'être moral chez le sourd-muet, où deux portes sur cinq sont fermées à ses rapports avec l'homme et la nature; mais, indépendamment de cela, les idées étranges, perverses, délirantes, qui ressortent sans cesse de la vie de parents malades de cœur et d'esprit, deviennent nécessairement, pour leur enfant, la substance de son âme et de sa vie, et le prédisposent à l'insanité et à l'aliénation.

Cependant l'héritage moral ne se transmet pas aussi nécessairement que l'héritage organique, parce que le libre arbitre n'a aucune part chez le nouvel être à la conception et à la gestation de la génération organique, et qu'il en a une très grande, chez l'enfant et chez ses parents, à la génération morale ou éducation; cette intervention va souvent à l'encontre de l'hérédité psychique; un beaucoup trop grand nombre de pères distingués se laissent absorber par le soin de leur gloire, de leur ambition, de leur fortune, et ne s'occupent pas, ou à peine, de l'éducation de leurs enfants, oubliant que c'est là leur premier devoir. Gœthe avait épousé sa domestique et en avait eu un fils qui était son image à lui au physique, et si bien l'image de sa mère au moral, que les Allemands l'appelaient « le fils de la servante ». C'est ce produit, à la fois physique et moral, de l'union adultérine de la caste noble avec la caste servile, d'un brahmane et d'une soudra, que Manou appelait « un cadavre vivant, un ougra ». D'autres pères s'efforcent de corriger leurs mauvais exemples par de

bons préceptes, oubliant que les préceptes ne sont rien devant les exemples contraires. Pour la plupart, l'éducation et l'instruction se confondent et sont données par des étrangers, par des précepteurs et des maîtres. D'ailleurs les générateurs de l'âme d'un enfant sont tous ceux qui l'approchent et font commerce d'idées avec lui; de là, une multitude d'exceptions, de contradictions apparentes qui ne compromettent aucunement le principe de l'hérédité morale; le principe éclate dans ce fait que l'éducation, c'est-à-dire l'ensemble des initiations que reçoit le jeune esprit, dirigée et toujours suivie par les mêmes personnes, depuis le berceau jusqu'à l'entrée dans le monde, fait l'enfant à l'image morale de ses parents et de ses maîtres, comme la génération corporelle le fait à leur image organique. Un observateur réfléchi reconnaît bien vite dans l'esprit et la vie des enfants tous les principaux traits de l'esprit et de la vie des parents. Cette génération morale lègue jusqu'aux aptitudes spéciales, les unes professionnelles, les autres plus générales : les Asclépiades lèguent le génie de la médecine; les Scipion, le patriotisme et la vertu; les Bernouilli, l'esprit mathématique; les Médicis, le goût des arts; les Guises, l'ambition sans frein, etc., et cela est rationnel : le père qui a beaucoup cultivé un ordre d'idées et a ramené ces idées à un principe commun, devenu le principe de sa vie et de sa gloire, en parle avec autorité et en compose, même sans préméditation, l'aliment ordinaire de l'esprit de son enfant.

La pente des dégradations, des dégénérescences psychiques est plus facile, plus rapide que pour le corps, par la même raison; parce que le libre arbitre a ici une action bien plus directe et bien plus puissante : que la volonté se relâche et cesse de veiller au choix des idées, surtout dans un milieu moral paludéen, bientôt toutes les facultés se relâchent à l'exemple de leur souveraine, l'intelligence vacille comme une flamme sans foyer, le jugement sommeille ou s'égare, et la vie, presque livrée au hasard, devient la proie des idées inférieures; là où le maître est absent ou inerte, les serviteurs se font maîtres, et si cette absence ou cette inertie se prolonge, le courant des idées se confirme dans le sens d'en bas, l'habitude s'établit et la dégradation se consomme, se fixe et se transmet.

Par une juste compensation, née encore de la nature spirituelle, d'un bien plus grand ressort que la nature corporelle, l'être psychique peut se relever de ses dégradations, souvent même de ses viciations, bien plus facilement, bien plus rapidement que l'être organique; mais ce ressort d'une volonté généreuse qui rebondit sous la honte de se voir au-dessous de soi-même et de sa destinée, ce ressort n'est que le moyen de se ressaisir de la substance de vie, des idées vraies, des principes éternels, qui seuls peuvent rendre à l'âme et à ses facultés leur constitution et leur vie normales.

Cette esquisse des formations, des transformations, des régénérations de l'être psychique, cet aperçu de quelques-unes des lois de l'hérédité morale, sont forcément très incomplets, Messieurs, mais ils posent et démontrent le principe du parallélisme des deux hérédités et ouvrent par là les voies de l'avenir, c'est-à-dire de la science et de la vie morales.

J'ai exposé, bien avant l'année 1878, ces principes et ces lois de l'hérédité psychique; on les trouvera à divers degrés, et dans ce qu'ils ont d'appli-

cable à d'autres sujets, dans mes travaux antérieurs, par exemple, dans la *Loi des deux substances*, de 1863; dans *Liberté, responsabilité et pénalité*, de 1864; dans la *Doctrine organo-psychique*, de 1867; dans les *Problèmes de psychologie à propos de l'union psychologique de Millie-Christine*, de 1874. (Applaudissements.)

M. Echeverria, *président*. Messieurs, je demande la parole pour vous traduire, au nom de M. Hack Tuke, les quelques lignes suivantes :

« Avant que le Congrès se sépare, je demande la parole pour exprimer, au nom des aliénistes étrangers, nos remerciements les plus sincères à la Société Médico-Psychologique de Paris, pour sa très heureuse idée de ce Congrès international, et l'hospitalité si cordiale que nous avons reçue pendant cette semaine dans nos visites aux admirables asiles près de Paris. Nous éprouvons encore une satisfaction non moins grande à exprimer nos remerciements à notre très sympathique et infatigable secrétaire, M. Motet.

« Nous tous réunis ici, nous n'avons d'autre rivalité que celle de nos grands désirs d'être utiles à l'humanité, et spécialement aux malheureux frappés de la perte de leur raison.

« Puissent donc être la devise de notre spécialité et de tous nos rapports, les mots que j'ai lus hier, inscrits sur la façade de l'asile de Ville-Évrard : « *Caritas et scientia.* »

« Permettez-moi encore de répéter nos remerciements à la Société Médico-Psychologique, avec le regret très vif de ne pouvoir les présenter aujourd'hui à notre respecté président, M. Baillarger. » (Applaudissements.)

J'ajouterai au vœu si bien interprété par M. Hack Tuke, que nous comptons, après un succès si éclatant, que ces séances, dont nous garderons un souvenir si instructif et si agréable, soient le commencement d'un fait établi, et que les séances du prochain Congrès international des aliénés ait lieu dans quelque autre capitale, que je vous propose de fixer avant de terminer cette séance.

Nous serons très heureux de partir, en sachant, comme je viens de le dire, que le Congrès international est un fait accompli, et qu'on a fixé un endroit où nous puissions bientôt nous réunir.

M. Motet. Si nos confrères belges voulaient nous recevoir, nous serions très heureux d'aller chez eux; c'est une question à étudier, mais l'idée est accueillie, et, si vous le voulez bien, le Comité d'organisation du Congrès de Paris se mettra en rapport avec la Société de Médecine mentale belge et la Société Médico-Psychologique anglaise, pour savoir dans quelle capitale sera organisé le Congrès, soit l'année prochaine, soit dans deux ans. (Assentiment.)

M. Brosius. Il doit y avoir l'année prochaine, en Hollande, un Congrès international de médecine dans lequel il y aura une section de médecine mentale.

M. Motet. S'il en est ainsi, veuillez prier nos savants confrères d'Amsterdam de nous en aviser; jusqu'ici nous n'avons été avertis de rien.

M. le Président. La parole est à M. le Secrétaire pour donner lecture du procès-verbal.

(Le procès-verbal est adopté.)

M. le Président. Je déclare le Congrès clos.

La séance est levée à 6 heures 15 minutes.



ANNEXES.

ANNEXES.

TRADUCTION DU RAPPORT DU DR NORTHON MANNING,

PAR M. MICHEL MÖRING,

DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE À PARIS.

L'expression *aliénés criminels* est appliquée, avec une propriété de terme qui laisse à désirer, à deux catégories distinctes d'aliénés :

1° *A ceux qui, étant déjà aliénés, commettent des crimes et sont, en fait, aliénés d'abord et criminels ensuite, — criminels en considérant l'acte en lui-même;*

2° *A ceux qui, devenus aliénés pendant qu'ils subissaient leur peine d'emprisonnement, sont criminels d'abord, aliénés ensuite.*

Ceux de la première catégorie, — c'est-à-dire ceux qui, étant aliénés, commettent, sous l'influence de leur folie, des crimes auxquels, pour la plupart du temps, ils ne pourraient songer sans horreur s'ils étaient sains d'esprit, — sont, au cours du procès, ou reconnus aliénés pendant l'instruction, ou acquittés sur le terrain de l'aliénation. Dans l'un et l'autre cas, ils sont déchargés de toute responsabilité; mais, pour la sécurité tout entière de la société, ils sont maintenus sous bonne garde.

La seconde catégorie, c'est-à-dire ceux qui, subissant la prison pour crimes commis lorsqu'ils étaient dans un état présumé de raison, ont été ensuite pris d'accès d'aliénation, ceux-là sont également maintenus sagement sous une garde sévère, leur état actuel de folie ne pouvant les soustraire aux justes conséquences de leurs actes antérieurs.

Il paraît utile d'examiner comment s'opère le placement de ces deux catégories dans les pays où l'on a pourvu à une organisation spéciale pour les aliénés criminels.

En Angleterre, l'*asile d'État de Broadmoor pour les aliénés criminels* était, à l'origine, destiné à recevoir toutes les classes d'aliénés criminels, savoir : ceux reconnus aliénés pendant l'instruction ou acquittés pour cause de folie *devant les Cours supérieures;* et ceux devenus aliénés pendant la durée de leur détention, soit dans les prisons du Gouvernement, soit dans celles des comtés. Mais avec ce mode de recrutement, l'asile est devenu tout à fait insuffisant, et il a paru préférable de restreindre les admissions :

1° A ceux reconnus aliénés pendant l'instruction ou acquittés sur le terrain de l'insanité et séquestrés durant le bon plaisir de la Reine;

2° A ceux qui sont devenus aliénés pendant qu'ils subissaient leur jugement dans les prisons du Gouvernement, et qui appartiennent ainsi à ce qui est généralement connu sous la dénomination de *classe des convicts.*

On a laissé ainsi de côté une quantité considérable de sujets comprenant tous ceux devenus aliénés pendant qu'ils subissaient leur peine dans les petites prisons, et ceux qui, appelés à être jugés par les tribunaux inférieurs, ont été ou reconnus aliénés pen-

dant l'instruction, ou acquittés pour cause d'insanité, — tous ceux, en un mot, qui, sous l'appellation générale d'aliénés criminels, arrivent pour être traités dans les asiles de comté. Dans quelques-uns de ces asiles, on a fait peu d'objections à la maintenue des aliénés de cette catégorie, sous la réserve que l'histoire de leur passé soit tenue aussi secrète que possible; mais, dans quelques autres, les autorités les envoient à *Fisherton House*, près Salisbury, établissement qui constitue une entreprise privée, et dans lequel les aliénés de la classe criminelle sont reçus et trouvent une installation spéciale. A cet établissement sont également adressés par les directeurs des asiles de comté, tous ceux des aliénés de la classe des convicts qui, à l'expiration de leur peine, sont renvoyés de Broadmoor et dirigés sur les asiles de comté.

Les aliénés de la classe des convicts sont également renvoyés de Broadmoor lorsqu'ils recouvrent la raison alors que leur peine n'est pas expirée, et que la prison doit se rouvrir pour eux; si leur peine est expirée, l'asile les remet à leurs parents, sous la promesse de veiller sur eux et de pourvoir à leurs besoins; si ceux-ci leur manquent, ce qui arrive le plus souvent, ils sont envoyés dans les asiles de comté, d'où, ainsi que cela a été dit plus haut, ils sont transférés à *Fisherton House*, toutes les fois que leur maintenue dans les quartiers des asiles donne lieu à des objections. Les aliénés séquestrés à la *durée du bon plaisir de la Reine* sont, lorsqu'ils recouvrent la raison, soit libérés par un warrant spécial du secrétaire d'État, qui impose, dans quelques cas, certaines conditions, soit confinés dans une prison pour le reste de leurs jours.

On apporte le plus grand soin au choix des cas de sortie : ainsi ceux qui n'ont pas commis de meurtre, ou les femmes qui ont commis un meurtre sous l'influence de la manie puerpérale, et dont la forme consécutive d'aliénation n'a pas révélé d'instincts homicides, sont rendus à la liberté; mais tous ceux chez lesquels la propension à l'homicide a été nettement accusée, et qui, suivant toute probabilité, si un second accès venait à se produire, retomberaient dans une forme d'aliénation identique à celle de la première attaque, ceux-là sont maintenus en détention.

A l'*asile des aliénés criminels d'Écosse,* qui se relie à la prison générale de Perth, on reçoit les mêmes catégories qu'à Broadmoor : ceux reconnus aliénés pendant l'instruction ou le procès, et détenus *durant le bon plaisir de la Reine,* et les personnes devenues aliénées dans les prisons du Gouvernement pendant l'accomplissement du jugement qui les a condamnées (*servitude pénale*). Toutefois la ligne de démarcation n'est pas aussi strictement marquée qu'à Broadmoor. Les prisonniers subissant leur jugement dans les petites prisons sont quelquefois admis; ils sont cependant en petit nombre, et chaque individu n'est reçu que sur requête spéciale de l'établissement pénitentiaire où il était renfermé. La requête est examinée par le chirurgien de la prison générale, qui est en même temps le *surintendant* de l'asile des aliénés criminels, et le malade est placé soit dans cet asile, soit dans un asile de district, suivant sa décision. Les malades qui manifestent des penchants homicides ou des instincts tout à fait malfaisants et qui sont impropres à un placement dans un asile ordinaire, sont, en règle, toujours admis.

Les règles pour la sortie diffèrent quelque peu de celles suivies à Broadmoor. Les malades qui recouvrent la santé avant l'expiration de leur peine sont envoyés derechef en prison; mais si le jugement prend terme et que l'aliénation continue, ils sont transférés dans un asile de pauvres, ou bien ils sont l'objet d'un rapport spécial du médecin en chef d'où il ressort que, à cause de la nature même de leur crime, comme rapt, attaque avec circonstances aggravantes, etc., ou des penchants qui se sont révélés en eux depuis qu'ils ont été atteints de folie, ils doivent être maintenus dans un asile criminel plutôt que transférés dans un asile ordinaire.

On voit par ce qui précède que, bien que de mêmes catégories d'aliénés se ren-

contrent dans l'asile criminel d'Écosse et dans celui de Broadmoor, néanmoins, au lieu de se renfermer dans l'admission de ces catégories, le premier de ces établissements admet également d'autres classes, mais sous la garantie d'un choix fait avec soin. On considère le caractère particulier de chaque cas d'aliénation sous le rapport des dispositions criminelles de l'individu. D'après le même principe de sélection, certains malades, qu'ils viennent des prisons générales ou de prisons locales, sont choisis pour continuer à résider dans l'asile criminel après l'expiration de leur peine.

Le système adopté en Écosse est décidément meilleur en principe que celui qui est suivi en Angleterre, et l'on peut juger de la réussite par ce fait, qu'aucun établissement privé n'est nécessaire en Écosse pour recevoir les malades renvoyés ou refusés par l'asile d'État. Et, en fait, il n'en existe pas. Dans les asiles de district on a pourvu à la réception de tous les aliénés criminels qui ne sont pas reçus par l'établissement de l'État.

En Irlande, à l'*asile d'État de Dundrum*, le principe de la sélection est poussé encore plus loin. L'asile était établi primitivement pour la réception des aliénés qui avaient commis des crimes en Irlande même, mais qui avaient été acquittés pour excuse de folie; mais le lord lieutenant fut autorisé à envoyer des personnes devenues aliénées pendant qu'elles subissaient leur jugement aussi bien dans les prisons du Gouvernement que dans les prisons locales.

Le principe de la sélection a donc tout d'abord été adopté; et, sur un nombre total de cent soixante-dix-huit cas qui furent trouvés dans les asiles et dans les prisons lors de l'ouverture de l'établissement de Dundrum, quatre-vingt-quatre seulement furent choisis pour être renfermés dans l'asile d'État, et les prisonniers devenus aliénés, qui avaient été condamnés pour des délits de peu d'importance, furent, par ordre, envoyés dans les asiles ordinaires.

Le tableau suivant, extrait du rapport de la Commission de surveillance des asiles d'aliénés (*Commissioners in Lunacy*) de l'Irlande, pour l'année 1865, montrera avec quel soin le principe de la sélection est encore observé à l'asile de Dundrum.

DÉSIGNATION.	HOMMES.	FEMMES.	TOTAUX.
Homicides	29	7	36
Attaques contre les personnes	32	10	42
Tentatives de destruction de la propriété d'autrui et petits délits de toute nature (les individus ayant des penchants dangereux)	22	20	42
TOTAUX	83	37	120

Les malades soignés à Dundrum se recrutent donc parmi les plus violents des deux grandes catégories entre lesquelles se répartissent les aliénés criminels : ceux acquittés pour cause de folie et ceux devenus aliénés en prison. Le caractère même du crime aussi bien que la disposition criminelle de l'individu servent de base à la sélection.

Les sorties et renvois paraissent être réglés de la même manière que dans l'asile Écossais. Il est fait, pour chaque cas, un examen minutieux des antécédents de l'individu, avant la décision de mise en liberté. Les malades devenus imbéciles ou tombés

dans la sénilité sont renvoyés dans les hôpitaux de leur district respectif, sur un ordre du lord lieutenant.

Aux États-Unis, l'État de New-York seul a fondé un asile pour les criminels, lequel se relie indirectement à la prison d'État d'Auburn. Dans cet asile, qui est entièrement consacré aux hommes, sont enfermés seulement les prisonniers devenus aliénés pendant qu'ils subissaient leur peine dans les prisons d'État; ils appartiennent tous, par conséquent, à la classe des *convicts*.

Tout ceux qui ont été acquittés pour cause de folie ou qui ont été reconnus aliénés pendant l'instruction, sont, quelle que soit la nature de leur crime, envoyés dans les asiles ordinaires.

Dans les autres États de l'Union américaine, comme il n'existe pas d'asile spécial pour les criminels, les convicts aliénés sont séquestrés dans des quartiers spéciaux de la prison d'État, ainsi que cela a lieu, du reste, pour les femmes, dans l'État de New-York.

Mais, dans aucun des États de l'Union on ne croit nécessaire de créer des installations particulières pour ceux qui sont acquittés comme aliénés; ceux-là sont envoyés dans les asiles ordinaires en vertu d'arrêtés pris par le gouverneur de l'État; ils sont placés dans les mêmes quartiers et soumis au même traitement que les malades qui présentent la même forme d'aliénation; en cas de guérison, et s'ils redeviennent sains d'esprit, ils sont, suivant les circonstances, ou mis en liberté ou maintenus en détention. Dans l'État de New-Jersey, ils sont renvoyés dans les prisons avec des certificats de guérison. A leur arrivée, ils sont pour la plupart mis sur-le-champ en liberté; quelques-uns sont maintenus en surveillance dans la prison, spécialement si le crime commis par eux a laissé apparaître un penchant marqué à la cruauté.

A l'asile des criminels de New-York, les *convicts* qui sont encore aliénés à l'expiration de leur peine ne sont pas transférés dans les asiles ordinaires, mais ils sont gardés dans l'asile criminel même, à moins que leurs familles ne s'engagent sous garanties à les entretenir sur leurs propres ressources et à ne jamais les laisser retomber à la charge de l'État dans un autre asile.

En France, en Belgique, en Allemagne, les aliénés criminels de toutes catégories sont placés dans les asiles départementaux, provinciaux ou communaux.

Dans le département de la Seine, on a construit, depuis quelques années, un bâtiment pour la classe des convicts, spécialement affecté aux malades les plus violents; il se relie à l'hospice de Bicêtre, est de forme circulaire et tient le milieu entre une petite prison et une ménagerie. On y enferme en ce moment les aliénés criminels; mais le nombre de ceux-ci est depuis longtemps supérieur au nombre de places que contient ce bâtiment.

L'opinion du public, comme celle des médecins, s'est prononcée en faveur du traitement des aliénés criminels dans les quartiers d'asiles; c'est pourquoi il n'y a à l'étude, en dehors de Bicêtre, aucun projet de bâtiment spécial nouveau.

En Hollande, la classe des convicts des aliénés criminels est maintenue dans un bâtiment spécial appartenant à l'un des asiles provinciaux, dont le comité d'administration a passé un contrat avec le gouvernement pour les recevoir. Mais il n'y a aucune disposition spéciale prise pour la classe des criminels acquittés pour cause de folie. Ils sont placés dans les quartiers des asiles ordinaires.

La presque totale absence de dispositions particulières pour les aliénés criminels qui existe dans l'Europe continentale est très remarquable; mais il faut dire que cet état de choses est en parfaite concordance avec l'opinion publique et avec celle de la plupart des médecins et des aliénistes les plus distingués. Il existe sur ce sujet de nombreuses

brochures et des articles publiés dans les journaux spéciaux qui s'occupent de matières psychologiques. On y soutient que l'aliénation efface toutes les distinctions; que le grand abîme qui sépare les convicts des honnêtes gens est comblé par la folie; que, lorsqu'il est malade de corps, le prisonnier doit être gardé dans sa prison et y être soigné de sa maladie; mais que, quand c'est l'esprit qui est malade, la prison doit être ouverte et tout stigmate de condamnation doit disparaître. Quelques auteurs étrangers, parmi lesquels M. Brierre de Boismont est le plus connu, ont seuls demandé un asile spécial, en recommandant toutefois de n'y placer que les aliénés qui ont commis un meurtre ou qui sont tout particulièrement dangereux.

ASILE D'ÉTAT POUR LES CRIMINELS À BROADMOOR.

Il est situé à environ 30 milles de Londres et à 5 milles de Wokingham, dans le Berkshire. Placé sur une éminence au centre d'une vaste bruyère, il commande une vue splendide. Il fait face au midi, et dans cette même direction s'inclinent en pentes assez rapides toutes les terres qui composent la ferme et les jardins appartenant à l'asile, et cela aussi loin que la vue peut s'étendre; toutes ces terres peuvent être aperçues des préaux, par-dessus les murailles élevées de l'asile. Le sol est formé de gravier; les bâtiments sont en briques avec chaînes de pierre et ont trois étages.

Les divisions pour hommes et pour femmes sont tout à fait distinctes; chacune d'elles est entourée d'un mur semblable à celui d'une prison.

Quand l'asile est au complet, il peut contenir 370 hommes et 150 femmes. Le nombre actuel des pensionnaires (en 1868) est de 330 hommes et de 70 femmes.

L'asile occupe une superficie de 300 acres [1]. Les bâtiments en occupent une grande partie; mais 70 acres sont en culture, ferme ou jardins, et 20 sont en pâturages. La ferme est disposée de manière à pouvoir être agrandie graduellement. Les bâtiments de la ferme sont placés en regard de l'asile et à une très petite distance. Ils sont suffisants et bons. 6 chevaux, 18 vaches et génisses, 120 moutons et 90 porcs forment le cheptel, avec une basse-cour de 60 volailles. La culture ne se fait pas entièrement à la main, parce que le nombre des malades qui peuvent être, avec sécurité, employés en dehors de l'enceinte de l'asile est peu considérable; mais on y supplée par différents moyens.

L'espace cubique occupé par les chambres particulières, les dortoirs communs et les salles de réunion [2] est environ de 700 à 800 pieds cubes [3].

La moitié des malades dans la division des femmes, le quart dans celle des hommes, sont logés dans des chambres séparées.

Il n'y a pas d'infirmerie spéciale.

Le chauffage se fait par des cheminées et par des poêles placés dans les corridors au bas des escaliers.

Dans un bâtiment récemment construit pour les femmes les plus exaltées, les calorifères à eau chaude sont employés comme moyen de chauffage, et l'on trouve ce mode plus économique que l'emploi des cheminées.

Les poêles sont protégés par une cage en fil de fer. Les cheminées ont simplement, en travers de l'ouverture, des barres placées à une certaine hauteur,

Le système de ventilation en usage était, à l'origine, celui dit *à extraction;* mais on n'en a pas été satisfait. La ventilation se fait à présent par les fenêtres, les portes et les cheminées, excepté dans le nouveau bâtiment pour les femmes, où existe un appareil consistant en briques percées de trous pour l'entrée de l'air, et en sortes d'en-

[1] L'acre correspond à $0^h 4046$. La superficie du domaine est donc de 121 hectares 38 ares.

[2] Mot à mot: les chambres de jour.

[3] Le pied anglais vaut $0^{mc} 028214$.

tonnoirs ouvrant près du plafond et laissant échapper l'air par la toiture. Dans le bâtiment n° 6, il existe, au châssis supérieur des fenêtres, des plaques de zinc percées de trous.

L'asile entier est éclairé au gaz. Les bâtiments et l'usine à gaz appartiennent au Gouvernement; mais ils sont abandonnés à un entrepreneur qui fournit le gaz à l'établissement à tant par mètre cube, et doit tenir les bâtiments et les appareils en bon état d'entretien et de réparation. On trouve plus d'économie à procéder ainsi qu'à faire desservir l'usine par des gens à gages faisant partie du personnel de l'asile. Les corridors sont éclairés toute la nuit.

Les fenêtres sont à cadre de bois et s'ouvrent par le bas au moyen d'un châssis ordinaire. La partie qui s'ouvre est garnie d'une grille de fer ornementée qui n'a aucune ressemblance avec les clôtures des prisons. Dans le nouveau quartier pour les femmes agitées et dans celui des hommes les plus dangereux, des grillages de fer adaptés aux châssis de bois couvrent la surface entière des fenêtres, qui peuvent s'ouvrir par le haut et par le bas. Il y a des volets pouvant fermer au verrou aux fenêtres des corridors et des dortoirs.

L'approvisionnement d'eau se fait au moyen du drainage de toute la surface de la propriété, on le considère comme un peu insuffisant. La quantité par tête et par jour est d'environ 30 gallons [1]. L'eau est amenée, au moyen d'une pompe à feu, de réservoirs creusés au bas de la colline jusque dans de grands bassins placés au centre des bâtiments. La surface de drainage vient d'être un peu étendue, et la provision se trouvera par suite augmentée. Il y a autour des bâtiments des *hydrants* [2], en cas d'incendie, et les surveillants sont exercés de manière à pouvoir à l'occasion manœuvrer les tuyaux.

Le drainage est facile et rapide à cause de la forte inclinaison du sol.

Environ à moitié chemin en descendant la colline, se trouvent des bassins couverts pour recueillir les eaux d'égout. Les matières les plus solides y demeurent pour y être mélangées avec de la terre et employées ensuite comme engrais, tandis que la partie la plus liquide est dirigée sur le sol cultivable au moyen de tuyaux. La masse entière d'eau existant dans ces bassins peut être rapidement chassée par les tuyaux, et la ventilation se fait par des tubes qui partent de l'égout et vont aboutir à un point beaucoup plus élevé que le faîte des bâtiments.

Les restes sont utilisés pour engraisser des porcs qui sont élevés, nourris et consommés à l'asile. On sale le lard et on le fume dans une chambre spéciale qui fait partie de la ferme.

Il y a une salle de bains générale, garnie de dix baignoires, qui est à peu près inutilisée, car il ne paraît pas prudent de faire sortir les malades des *catégories les plus criminelles* des sections spéciales où ils sont renfermés. De plus, il existe une salle de bains dans le corridor de chaque bâtiment, ce qui donne la proportion d'une baignoire par vingt-cinq malades. Les baignoires sont en cuivre.

Dans chaque corridor il y a également des lavoirs qui se composent d'une auge de plomb dans laquelle sont fixés quatre ou cinq bassins de bois. De l'eau chaude ou froide est amenée dans ces bassins.

Il y a deux cuisines, une pour chaque division, en partie séparées des bâtiments et ayant une ouverture à la partie supérieure du toit. La cuisson de tous les aliments se fait à la vapeur, dans des chaudières garnies d'enveloppes.

Dans la cuisine de la division des hommes, les rôtis se font dans un four à gaz.

[1] Note du traducteur. Le gallon vaut 4 litres 54 centilitres.

[2] On donne le nom d'hydrants à des poteaux d'environ $1^{m},50$ de haut, renfermant intérieurement un tuyau qui, à la partie supérieure se recourbe vers le sol comme une tête de serpent. A cette tête, qui est une bouche d'eau, s'adaptent les tuyaux, en cas d'incendie.

Le blanchissage du linge est fait dans deux buanderies, principalement par des appareils mécaniques mus par la vapeur. L'une de ces buanderies est située dans la division des femmes; elle est réservée au travail le plus facile. L'autre, où l'on envoie les effets les plus sales et les étoffes grossières, est située à l'extrémité du terrain, auprès du réservoir d'eau. La machine à vapeur fait mouvoir les appareils de la buanderie en même temps que la pompe destinée à fournir la provision d'eau nécessaire à la maison. La machine pour la division des femmes est placée au-dessus de la buanderie, de manière que les courroies de transmission descendent à travers le plafond. Le lavage est fait par une batteuse mécanique, le tordage par une tordeuse centrifuge et par la compression entre deux rouleaux; le linge est séché dans des étuves; le calandrage s'opère à la vapeur.

Il existe des water-closets dans chaque quartier, dans la proportion de 1 pour 25 malades. L'eau y arrive par la pression d'un bouton.

Des *earth-closets* [1] ont été ajoutés dans les préaux et ont donné un bon résultat. La terre est contenue dans une boîte derrière le siège; et une certaine quantité s'échappe dès qu'on cesse de peser sur le siège, ce qui a lieu lorsque la personne qui s'en servait se retire. Ces cabinets sont entièrement vidés une fois environ tous les deux mois, et rendus absolument propres et inodores.

Les *earth-closets* ont été également substitués aux *water-closets* dans quelques corridors. Ils sont placés un peu en saillie du corridor, de manière à permettre une ventilation transversale. Une fenêtre se trouve au-dessus de chaque siège. Les séparations sont en ardoise émaillée et seulement partielles. Les murs sont cimentés; les sièges sont automoteurs [2], les cuvettes sont de fer galvanisé ou de zinc, et placées sur roulettes de manière qu'on puisse les retirer en ouvrant le devant du siège.

Il n'y a pas d'urinoirs dans l'intérieur des bâtiments; ceux qui sont dans les cours sont en ardoise, et l'eau n'y coule que par intervalles.

La division des hommes se compose de six *blocks* [3], et celle des femmes de deux, outre les bâtiments d'administration. Les corridors sont, comme règle générale, étroits; ils sont employés principalement comme moyens de communication. Pour chaque quartier il y a une salle de réunion et un réfectoire ouvrant sur les corridors. Dans le block réservé aux plus tranquilles, il y a de plus une salle de lecture. Les salles de réunion et réfectoires sont garnis de meubles solides et confortables. Les parquets sont en sapin, excepté dans un des *blocks*, où ils sont en chêne poli. Les murs sont recouverts d'un enduit de ciment; la partie inférieure est peinte, granitée et vernie; au-dessus règne une ligne de couleur éclatante, et la portion supérieure du mur est teintée en clair. Il y a quelques peintures dans les salles destinées à l'habitation du jour, et quelques menus ornements; une bande de tapis de *linoleum* occupe la partie du centre.

Les dortoirs de tous les quartiers sont mis en couleur. Les couchettes sont de bois poli, bien et solidement fabriquées. Le fond du lit se compose d'une forte toile tendue au moyen d'écrous, au-dessus de barres de fer. Auprès de chaque lit est placée une petite armoire pour les vêtements, munie d'un tiroir à la partie inférieure.

On trouve dans les dortoirs des lavabos en bois composés de la cuvette et de l'aiguière, des tapis devant les lits et des vases de nuit en terre pour la plus grande partie des malades. Dans les chambres affectées aux malades les plus méchants, il y a seulement une couchette, une petite armoire et un vase en gutta-percha ou caoutchouc.

Les matelas sont en crin. Le coucher est abondant et bon.

[1] Mot à mot: cabinets où l'on se sert de terre.

[2] *Self-acting*: qui agit par soi-même.

[3] Le mot *block* n'a pas d'équivalent. C'est un agencement séparé, un pavillon ou un groupe de bâtiments formant un tout bien distinct.

Chaque malade est pourvu d'une chemise de nuit et contraint de s'en servir.

La garniture de lit est pliée, pendant le jour, suivant le mode en usage dans les casernes.

Les malades gâteux sont peu nombreux; pour ceux-là on se sert de matelas de crin, recouverts de caoutchouc et percés d'un trou au centre.

Il existe deux chambres matelassées chez les hommes, et une dans la division des femmes. Le matelassage est en *kamptalicon,* sorte de gutta-percha, et coûte 50 livres sterling par chambre; il est formé de plaques d'environ deux pieds de large, fixées au mur avec des vis.

Les escaliers sont en pierre; ils sont dépourvus de rampes, mais le noyau ou puits de l'escalier est muré de briques.

Les couloirs sont pavés en asphalte.

Le repas est apporté de la cuisine au réfectoire dans de grandes bassines, et servi sur la vaisselle ordinaire. Les assiettes et les tasses à boire, même pour les malades les plus méchants, sont en poterie de terre. Une partie des malades se servent de couteaux semblables à ceux en usage dans les asiles ordinaires; les plus violents n'ont que des couteaux et des fourchettes en os.

L'asile contient deux salles de récréation séparées, une pour les hommes et une pour les femmes. La première, qui est grande et belle, renferme un théâtre avec ses accessoires, et un billard. Dans la seconde, on trouve un piano et *un jeu de bagatelle.*

La chapelle est située au-dessus de la salle de récréation de la division des hommes, et elle est spécialement disposée pour le service religieux. C'est le seul lieu de l'asile dans lequel les hommes et les femmes peuvent être réunis. Les femmes disent les prières du matin dans la salle de récréation de leur division.

Les préaux sont au nombre de quatre chez les hommes, et de deux chez les femmes; ils sont entièrement entourés de murailles élevées, et cependant on jouit, de l'intérieur de ces préaux, d'une vue étendue, à cause de la pente rapide du terrain. Ils contiennent des sièges fixes et mobiles, sont plantés avec soin, et, même dans les quartiers des malades les plus violents, ils sont ornés de massifs de fleurs. Dans ces préaux, on attribue de petites parties de terrain à des malades pour qu'ils y cultivent eux-mêmes des fleurs ou des légumes; et cela a eu les meilleurs résultats, car les malades, que peu de chose intéresse, s'occupent avec goût de ces petits coins de terre.

Chaque préau contient une vérandah et une galerie couverte.

L'asile est administré par un conseil de surveillance nommé par le secrétaire d'État de l'intérieur. (On rembourse aux membres de ce conseil les dépenses qu'ils peuvent faire). L'administration générale financière et le contrôle sont confiés à ce conseil; mais lorsqu'on a besoin de sommes d'argent très importantes, une demande spéciale doit être adressée par ce comité au secrétaire d'État de l'intérieur. Le conseil inspecte tous les livres et comptes de l'asile et de la ferme. Il connaît toutes les nominations et révocations de serviteurs faites par le surintendant, et, sur l'avis de celui-ci, il nomme et révoque tous les employés. Le conseil se réunit une fois toutes les cinq semaines.

L'asile est placé sous le contrôle des inspecteurs des asiles d'aliénés (*Commissioners in Lunacy*), qui le visitent chaque année.

Le *surintendant* est le chef suprême dans l'établissement, et il est responsable de son administration intérieure. Il vit dans une maison détachée, a un jardin à part, est fourni de chauffage et d'éclairage, et reçoit un traitement de 800 livres sterling par an. Il est assisté dans ses fonctions par un *surintendant adjoint,* qui jouit également d'une maison séparée et a un traitement annuel de 400 livres sterling, et par un *officier de santé résidant,* qui a la table et le logement avec un traitement de 150 livres sterling, et qui remplit également l'office de *pharmacien.*

Les autres employés supérieurs sont: le *chapelain,* qui est un pasteur de l'église d'An-

gleterre, vivant dans une maison située non loin de l'asile; et l'*économe,* avec un *garde-magasin* et un *commis* comme assistants; enfin une *sage-femme.*

Il y a un chef surveillant par chaque division, six surveillants principaux pour la division des hommes, et deux surveillantes principales pour celle des femmes; ce personnel, avec les surveillants ordinaires, donne une proportion d'environ un surveillant pour cinq ou six malades. Dans les pavillons affectés aux plus violents, la proportion est d'un pour quatre.

Le chef surveillant de la division des hommes reçoit un traitement de 140 livres sterling et le logement, mais il n'a pas la table.

Les surveillants sont jeunes en général, et ils ne sont admis qu'après avoir subi l'examen prescrit par la commission des services civils. Ils ont un uniforme avec des signes distinctifs qui indiquent le grade : *simple surveillant, principal* ou *chef.* Les hommes portent une casaque grise le matin, et une bleue dans les autres moments; les femmes portent des étoffes imprimées le matin, et une robe de mérinos noir avec bonnet et tablier blanc quand le nettoyage du matin est terminé. Elles portent leurs clefs suspendues à une ceinture de cuir.

Les surveillants logés dans la maison ont chacun une chambre séparée; ils ont des réfectoires à part, un pour les hommes et un pour les femmes.

La règle pour les congés est que chaque surveillant peut obtenir un jour sur dix. Des congés supplémentaires peuvent être accordés par le surintendant.

Deux surveillants chez les femmes, et six veilleurs chez les hommes, un pour chaque *block,* sont désignés pour la garde de nuit, qui commence à 10 heures du soir et finit à 6 heures du matin. Les surveillants changent tous les mois; ils sont, à l'occasion, surveillés pendant la nuit par le personnel médical, mais on n'emploie aucun autre mode pour contrôler les rondes.

Le D[r] Meyer a ainsi décrit, dans son rapport de 1867 sur l'asile, le soin que l'on prend pour faire un sort heureux aux surveillants :

«Comme la question est importante, je vais faire connaître les salaires qui sont alloués aux surveillants, et les autres avantages en nature dont ils jouissent.

GRADE.	SALAIRES.	
	HOMMES.	FEMMES.
Surveillant principal	60 à 70 livres.	40 à 50 livres.
Surveillant	40 à 45 livres.	25 à 30 livres.
Aide-surveillant	35 à 40 livres.	18 à 21 livres.

«Les hommes mariés ont la table et l'uniforme; les célibataires, la table, l'uniforme et le logement. Les femmes ont la table, le blanchissage et l'uniforme.

«De confortables cottages existent sur le domaine et sont mis à la disposition des gens mariés, moyennant un loyer modique.

«Un externat pour les enfants existe depuis l'ouverture de l'établissement; les parents payent une certaine somme par semaine, à titre de rétribution scolaire; mais le montant de ces versements ne couvre qu'une faible partie de la dépense.

«Une *école du dimanche,* établie en 1863, a été suivie avec une grande régularité.

«Les surveillants célibataires, hommes et femmes, occupent dans l'asile des

chambres bien meublées. Une salle confortable de lecture, munie d'une bibliothèque, un fumoir et une salle de jeu de bagatelle existent sur le domaine, en dehors des murs de l'asile; les surveillants et serviteurs mâles contribuent à l'entretien, en payant: 1° une contribution d'un schelling en entrant en fonctions; 2° une cotisation mensuelle de 6 deniers par mois. Les surveillantes et servantes payent 6 deniers à leur entrée, plus 3 deniers par mois. Dans la salle de lecture on danse une fois toutes les six semaines, et cet hiver on a établi des conférences à un penny, qui ont été très suivies.

« Ceux qui veulent s'imposer des privations pour pourvoir à l'avenir de leurs familles ont un moyen à leur portée depuis l'acte proposé par M. Gladstone, et adopté par le Parlement en 1865. Une police peut être contractée ici avec le *surintendant*, par tout serviteur, pour une somme qui n'excède pas 100 livres sterling; il n'est payé d'avance aucune prime, et l'assurance est couverte par une retenue hebdomadaire sur les gages.

« Les familles des surveillants et serviteurs résidant sur le domaine reçoivent les soins du personnel médical de l'asile, et ont droit, en outre, dans certains cas *déterminés* de maladie, à des subsides qui sont fournis par un fonds d'offrandes. Mais, malgré tous ces avantages, quelques-uns des surveillants mariés, ceux qui reçoivent le taux de gages le moins élevé, trouvent des difficultés à tenir leur famille dans un état convenable. »

Nonobstant tous les avantages énumérés par le Dr Meyer, les surveillants ne peuvent pas, en général, être amenés à rester longtemps à l'asile, et les démissions sont très fréquentes. La catégorie de malades avec laquelle ils se trouvent est pour peu de chose dans leur détermination, et le motif véritable est, la plupart du temps, l'éloignement de Londres ou de quelque autre grande ville. Le prix du chemin de fer, de la station la plus proche, qui est à environ 5 milles de l'asile, est de 5 schellings pour Londres et de 2 schellings 6 deniers pour Reading; enfin le temps nécessaire pour l'aller et le retour prend la plus grande partie du congé qui leur est accordé.

Outre les surveillants, on emploie à l'asile ou sur la propriété : un chef des travaux, un gérant de ferme, des blanchisseuses, des cuisiniers, des domestiques de maison, un charpentier, un forgeron, un étameur, un gazier, un maçon, un plombier, un tailleur, un cordonnier, un tapissier, etc., qui font partie à titre permanent du personnel de l'établissement et ont qualité pour obtenir des pensions. Il y a de plus des journaliers dont les gages sont payés par semaine. Les artisans dont nous venons de parler sont chargés de la garde des aliénés qui peuvent travailler avec eux; mais ils ne remplissent aucun autre office de surveillant.

La classification, à Broadmoor, est quelque peu compliquée.

Dans la division des hommes, les *hommes du bon plaisir de la Reine* sont, autant que possible, séparés d'avec les convicts, et le plus grand nombre d'entre eux sont maintenus dans un *block* distinct, dans lequel aucun convict n'est placé; toutefois quelques-uns des plus violents sont confondus avec les convicts les plus difficiles.

Les subdivisions de la division des hommes sont les suivantes : 1° *tranquilles* (*hommes du bon plaisir de la Reine*); 2° *malades et travailleurs;* 3° *tranquilles* (*convicts*); 4° *ordinaires;* 5° *indisciplinables.*

Chacune de ces subdivisions se compose d'un *block* séparé; le sixième *block* est, quant à présent, inoccupé [1].

Il y a treize quartiers dans les six *blocks*. Dans celui des *indisciplinables,* il y en a trois contenant quarante-cinq malades, sous la garde de onze surveillants; à ces *blocks*

[1] 1868.

se rattachent deux préaux entourés de murailles élevées, de manière à isoler complètement cette catégorie du reste de l'asile. Un seul homme, très dangereux à cause de ses impulsions homicides, est tenu constamment dans une chambre garnie de barreaux, à l'extrémité de la galerie.

Il a paru prudent d'empêcher toute réunion considérable de malades, de ceux surtout qui appartiennent aux catégories les plus violentes : ceux-là s'associent fréquemment pour comploter le mal, bien qu'ils soient aliénés; leurs vieilles habitudes de convicts subsistent toujours en eux.

Dans la division des femmes, un des deux *blocks* est affecté aux *tranquilles*, et l'autre aux *agitées;* dans un quartier, le premier, sont placées les femmes détenues *sous la durée du bon plaisir de la Reine.*

Le nombre total des quartiers, dans la division des femmes, est de cinq.

La somme de travail donnée par les malades est petite comparativement à celle qui est produite dans quelques autres asiles; cela tient uniquement à ce que peu de malades peuvent être employés au travail de la ferme, en dehors de l'enceinte des murs. (Le jardin est en dedans des murs.) On craint les évasions. A quelques-uns on ne peut confier d'outils, à cause de leurs impulsions mauvaises. De plus, une partie des hommes dits *du bon plaisir de la Reine* n'ont pas l'habitude du travail manuel. Le nombre des travailleurs est cependant considérable et peut être apprécié par le tableau ci-après. Presque tous les souliers et les vêtements sont fabriqués dans l'établissement. Il en est de même de tous les travaux de couture. La valeur du travail accompli dans les ateliers seulement, sans faire entrer en ligne de compte la buanderie, la culture et le jardinage, est supérieure à 500 livres par an.

TABLEAU INDIQUANT LE NOMBRE JOURNALIER MOYEN DE MALADES EMPLOYÉS PENDANT LE MOIS DE DÉCEMBRE 1867.

NATURE DU TRAVAIL.		HOMMES.	FEMMES.	TOTAUX.
Malades employés	pour le jardin et la ferme	18	"	18
	pour les quartiers	52	30	82
	pour les buanderies	9	12	21
	pour les cuisines	4	2	6
	pour les magasins	1	"	1
	aux transports de charbon	16	"	16
Cordonniers		5	"	5
Tailleurs		5	"	5
Charpentier		1	"	1
Gazier		1	"	1
Peintre		1	"	1
Boulanger		1	"	1
Tapissiers		4	"	4
Travail à l'aiguille et travaux de fantaisie		"	24	24
Travaux divers		5	"	5
Ferblantier		1	"	1
TOTAUX		124	68	192
Nombre moyen assistant aux offices religieux pendant le mois de décembre 1867		50	32	82

Quelques femmes travaillent à la couture, etc., et les hommes tricotent des gants et des rideaux en dehors des heures de travail ; on leur alloue pour cela de petites sommes avec lesquelles ils peuvent se procurer quelques douceurs par l'intermédiaire des surveillants. Les femmes gagnent ainsi environ 30 livres par an.

Tous les travailleurs reçoivent un supplément de nourriture, ainsi qu'on peut s'en assurer par l'examen de la feuille de régime alimentaire.

L'habillement des malades est aussi varié que possible, et l'on tient compte de la classe à laquelle ils appartiennent et de leurs habitudes sociales. Quelques-uns de ceux qui appartiennent aux classes plus élevées sont fournis de vêtements par leurs parents. L'habillement des classes inférieures se compose ordinairement d'un pantalon de gros treillis, d'une veste et d'un gilet de drap bleu. Les chemises de jour et les chaussettes sont changées deux fois par semaine; les chemises et les bonnets de nuit, ainsi que les caleçons, une fois par semaine; les draps de lit et les taies d'oreiller, une fois tous les quinze jours.

Pour l'amusement des malades, il y a une bonne bibliothèque générale; et il existe, de plus, une petite bibliothèque dans chaque quartier, dont les livres sont changés à certaines époques déterminées. On affecte, par an, une somme de 150 livres sterling à l'achat de livres et de publications périodiques. On trouve une table de jeu de bagatelle dans chaque quartier, ainsi que des jeux de cartes, de dominos et de dames, etc. etc. Dans les préaux il y a un jeu de croquet et des boules. Il existe un orchestre composé de surveillants qui joue régulièrement une fois par semaine. Il y a, en outre, des représentations théâtrales six ou huit fois par an, dans la division des hommes. Les acteurs sont des malades ou des surveillants. Pour la division des femmes, on organise des danses à peu près autant de fois. Un maître d'école est employé, sous la direction du chapelain, à donner une instruction élémentaire aux malades qui en sont dépourvus.

DÎNER.

On varie le régime ci-après par la substitution de viande de porc provenant de la ferme. Du poisson et des tourtes aux fruits sont donnés dans certaines circonstances :

Dimanche	Bœuf bouilli.
Lundi	Mouton rôti.
Mardi	Mouton bouilli.
Mercredi	Bœuf rôti.
Jeudi	Mouton rôti.
Vendredi	Mouton bouilli.
Samedi	Mouton rôti.

Chaque malade reçoit par semaine : thé, une once et demie; sucre, 7 onces; lait, 2 pintes. Sel, poivre, moutarde, etc., autant qu'on en veut.

Les malades qui travaillent reçoivent en supplément : pain, 4 onces; fromage, une once; bière, trois quarts de pinte; outre ces quantités qui leur sont allouées pour luncher, ils reçoivent à 4 heures une demi-pinte de bière.

Les dîners sont également variés par du poisson, des tourtes aux fruits, des pâtés de viandes et des daubes irlandaises.

Pour les malades et les cas particuliers, le régime alimentaire est à la discrétion du surintendant.

En réalité, il n'y a aucune allocation fixe pour le pain, et les malades ont ce qu'ils peuvent manger. La consommation moyenne par tête est : hommes, 1 livre : femmes, 12 onces.

Voici le tableau du régime alimentaire pour les malades, les surveillants et les serviteurs :

RÉGIME ALIMENTAIRE DE L'ASILE DE BROADMOOR.

(MALADES HOMMES ET MALADES FEMMES.)

DÉJEUNER.						DÎNER.								SOUPER.					
HOMMES.			FEMMES.			HOMMES.				FEMMES.				HOMMES.			FEMMES.		
Pain.	Beurre.	Thé.	Pain.	Beurre.	Thé.	Viande cuite, chaude.	Pain.	Légumes.	Bière.	Viande cuite, chaude.	Pain.	Légumes.	Bière.	Pain.	Beurre.	Thé.	Pain.	Beurre.	Thé.
onces.	once.	pinte.	onces.	once.	pinte.	onces.		onces.	pinte.	onces.		onces.	pinte.	onces.	once.	pinte.	onces.	once.	pinte.
8	1/2	1	7	1/2	1	7	autant qu'on en demande.	12	3/4	5 1/2	autant qu'on en demande.	12	1/2	8	1/2	1	7	1/2	1

L'once vaut 31 grammes 10 centigrammes.

La pinte vaut 56 centilitres environ.

ASILE D'ALIÉNÉS CRIMINELS DE BROADMOOR.

TABLEAU D'ALLOCATIONS DU RÉGIME ALIMENTAIRE POUR LES SURVEILLANTS ET LES SERVITEURS.

DÉSIGNATION.		HOMMES.	FEMMES.
Par jour	Viande cuite	10 onces.	9 onces.
	Lard cru	3 onces.	2 onces.
	Pain	16 onces.	16 onces.
	Pommes de terre ou autres légumes	16 onces.	16 onces.
	Bière	2 pintes.	1 pinte 1/2.
	Lait	1/2 pinte.	1/2 pinte.
Par semaine	Fromage	16 onces.	8 onces.
	Beurre	8 onces.	8 onces.
	Au choix. Thé	3 onces.	3 onces.
	Au choix. Café	6 onces.	6 onces.
	Sucre	12 onces.	12 onces.
	Farine pour puddings	6 onces.	6 onces.
	Graisse pour puddings	2 onces.	2 onces.
	Raisins de Corinthe pour puddings	4 onces.	4 onces.
	Moutarde, poivre, sel	à volonté.	à volonté.
	Savon	2 onces.	2 onces.
	Chandelles	1 livre quand on en demande.	1 livre quand on en demande.

Il y a des règlements imprimés pour la gouverne de tous les employés et surveillants.
Il existe trois genres de rapports:

1° Les rapports journaliers des surveillants au *surintendant;*

2° Le rapport annuel du surintendant au Conseil de surveillance, auquel sont annexés des tableaux statistiques et autres, et qui est imprimé dans un but de publicité et d'intérêt général;

3° Le rapport annuel des *commissaires du service des aliénés* (*Commissioners in Lunacy*) au Lord Chancelier.

Le mode de fournitures par adjudication n'est pas en usage; chaque article est acheté sur le marché par l'Économe.

Le prix de séjour par tête est d'environ 25 schellings par semaine [1].

Les bâtiments ont coûté, dit-on, entre 300 et 400 livres par pensionnaire; mais nous n'avons pu obtenir sur ce sujet aucune information bien précise.

Les malades sont traités d'après le système du *no-restraint,* mais le Dr Meyer considère la camisole de force comme absolument nécessaire dans quelques cas. On n'emploie d'ailleurs, dans l'asile, aucun autre moyen de contrainte, et celui-là même est rarement mis en usage. Les douches sont peu employées, excepté à titre de médication fortifiante. La reclusion est appliquée comme moyen de traitement; elle l'est également comme moyen de répression pour indiscipline, mœurs obscènes, etc. etc.

Le tabac et les autres petits privilèges sont supprimés en cas de mauvaise conduite.

On peut voir par cette description de l'asile de Broadmoor que, bien qu'entouré com-

[1] Environ 4 fr. 45 cent. par jour.

plètement de murs et présentant tous les caractères d'une prison, cet établissement diffère néanmoins fort peu d'un asile ordinaire, et qu'on a cherché à en faire, pour les malades, un séjour aussi riant et aussi agréable que possible, la sûreté étant cependant prise en considération à l'égal du traitement. La distance de Londres et de toute autre grande ville rend l'approvisionnement coûteux, les visites des parents à peu près impossibles; elle empêche également les surveillants de séjourner longtemps dans l'asile.

La séparation entre les hommes du *bon plaisir de la Reine* et les autres classes de *convicts* est pratiquée autant que possible, et les plus violents de chaque classe sont seulement en contact entre eux, excepté pour les amusements et les exercices religieux.

Le tableau suivant donne la classification des crimes et jugements de 515 malades traités dans l'asile pendant l'année 1867.

CRIMES.	HOMMES.	FEMMES.	TOTAL.	CLASSEMENT EN TROIS CATÉGORIES.								
				RECONNUS ALIÉNÉS pendant l'instruction.			ACQUITTÉS comme ALIÉNÉS.			CONDAMNÉS et reconnus ALIÉNÉS après jugement.		
				Hommes.	Femmes.	Total.	Hommes.	Femmes.	Total.	Hommes.	Femmes.	Total.
Meurtre	92	43	135	25	14	39	60	26	86	7	3	10
Tentative de meurtre, blessures, etc.	79	14	93	20	2	22	46	10	56	13	2	15
Accouchement clandestin et infanticide	″	4	4	″	3	3	″	″	″	″	1	1
Homicide involontaire	7	3	10	1	2	3	1	1	2	5	″	5
Rapt	5	″	5	″	″	″	″	″	″	5	″	5
Violence avec intention de rapt	7	″	7	3	″	3	4	″	4	″	″	″
Outrages contre nature	9	″	9	1	″	1	3	″	3	5	″	5
Trahison et révolte	4	″	4	3	″	3	1	″	1	″	″	″
Violences	8	2	10	1	″	1	5	″	5	2	2	4
Vol avec effraction dans une maison habitée	29	2	31	4	″	4	2	″	2	23	2	25
Vol sur un grand chemin	4	1	5	″	″	″	″	″	″	4	1	5
Vol de moutons	5	″	5	″	″	″	2	″	2	3	″	3
Vol de chevaux	3	″	3	1	″	1	″	″	″	2	″	2
Larcins et petits vols	48	39	87	4	2	6	5	″	5	39	37	76
Fraude et détournement	2	″	2	″	″	″	″	″	″	2	″	2
Recel	2	1	3	″	″	″	″	″	″	2	1	3
Incendie	37	3	40	9	2	11	14	″	14	14	1	15
Dommage premédité	3	3	6	″	1	1	2	″	2	1	2	3
Faux	1	″	1	″	″	″	″	″	″	1	″	1
Mise en circulation de fausse monnaie	4	″	4	″	″	″	″	″	″	4	″	4
Révolte et trouble de la paix publique	″	1	1	″	″		″	″	″	″	1	1
Vagabondage	1	″	1	″	″	″	″	″	″	1	″	1
Désertion (armée et marine)	3	″	3	″	″	″	″	″	″	3	″	3
Absence de caution	1	3	4	″	″	″	″	″	″	1	3	4
Escroquerie	18	5	23	1	″	1	3	″	3	14	5	19
Envoi de lettres comminatoires	4	1	5	2	″	2	2	″	2	″	1	1
Conduite désordonuée en public	1	1	2	1	″	1	″	″	″	″	1	1
Braconnage nocturne (étant armé)	1	″	1	″	″	″	″	″	″	1	″	1
Insubordination	9	″	9	″	″	″	″	″	″	9	″	9
Tentative de suicide	2	″	2	″	″	″	2		2	″	″	″
TOTAUX	389	126	515	76	26	102	152	37	189	161	63	224

FISHERTON HOUSE (PRÈS SALISBURY).

Fisherton House est un établissement privé pour les aliénés, contenant 540 malades, dont 250 indigents entretenus aux frais des comtés auxquels ils appartiennent, 90 malades particuliers, entretenus aux frais de leurs parents, et 200 aliénés criminels. Sur ces derniers, 140 environ ou ont été reconnus aliénés pendant l'instruction de leur procès, ou sont devenus aliénés pendant qu'ils subissaient les peines édictées par des jugements rendus par des Cours supérieures. Il y a également, parmi les aliénés criminels, des malades entretenus aux frais du Gouvernement, à raison d'un prix de 17 schellings par semaine, et qui attendent leur translation à Broadmoor. Les 60 restants sont des malades qui ont été reconnus aliénés au cours d'une instruction qui les mettait sous la juridiction des tribunaux inférieurs, ou qui sont devenus aliénés pendant qu'ils subissaient les jugements rendus par ces tribunaux. Il y a encore parmi eux quelques convicts qui, après avoir purgé leur condamnation, ont été transférés de Broadmoor dans les asiles de comté. La pension de ces derniers est payée au prix de 15 schellings 6 deniers par semaine. Ce prix est inférieur au précédent, parce que ces malades sont moins dangereux et exigent par conséquent moins de soins. La pension est payée par les comtés auxquels ils appartiennent, et ils peuvent être traités dans les asiles publics aussi bien que dans les asiles de comté, à moins que leur présence ne soulève trop d'objections de la part des autorités de ces asiles, qui peuvent alors les transférer avec le prix alloué dans un établissement privé.

Les bâtiments de Fisherton House se composent de blocks irréguliers, parfois à un seul étage, qui s'étendent sur un large espace de terrain. Quelques-unes de ces constructions diffèrent peu, quant à l'aspect, de maisons particulières.

Les criminels sont, autant que possible, traités séparément; cependant on leur adjoint les malades les plus difficiles de la classe indigente. La partie de l'asile qui leur est affectée diffère très peu de celle occupée par les aliénés indigents. Les dortoirs sont placés au-dessus des réfectoires et des salles de réunion. Aucun aliéné criminel ou aliéné indigent n'a de chambre isolée; ils sont réunis au moyen d'un arrangement spécial, qui n'existe pas dans les autres établissements d'aliénés et qui n'offre, dit-on, aucun inconvénient. Les surveillants couchent toujours dans les dortoirs, lesquels contiennent de dix à vingt malades. Dans les dortoirs occupés par les criminels, les lits des surveillants sont placés dans une solide cage de bois, à travers laquelle ceux-ci peuvent voir tout ce qui se passe dans le quartier. Cette même cage les protège pendant leur sommeil contre les attaques des malades.

Les surveillants dînent dans les mêmes salles que les malades, mais après ceux-ci. Ils sont, pour les criminels, dans la proportion d'un pour cinq malades.

On n'emploie aucun moyen de contrainte quelconque; la reclusion n'est pas appliquée; on ne fait usage ni de gants de force, ni de camisoles, ni de cellules capitonnées, ni même de douches; les fenêtres ne sont pas garnies de barreaux.

On fait travailler autant de criminels qu'on le peut. Ceux qui travaillent un certain temps reçoivent 6 deniers par jour. Cet argent leur sert à se procurer quelques douceurs, à l'exception de la bière et des spiritueux, par l'intermédiaire des gardiens.

La classe des aliénés criminels est reconnue apte à comploter le mal, et elle exige une surveillance sévère. Il y a quelques années, quatre des aliénés de Fisherton ont descellé une grille, démoli le coffre d'une cheminée, et se sont ainsi évadés d'un des dortoirs, tandis que les surveillants et les autres malades dormaient. Ces hommes cependant étaient indubitablement de véritables aliénés.

Un chapelain de l'Église d'Angleterre est attaché à l'établissement; il officie dans une petite chapelle qui dépend de l'asile.

Il y a également une grande salle de récréation, dans laquelle on donne des concerts et où l'on fait des conférences. Les plus tranquilles des malades criminels sont conviés à ces amusements, aussi bien qu'aux exercices religieux.

On ne met pas plus de vingt-cinq criminels dans le même quartier, nombre qui rend facile une bonne classification et permet en même temps de prévenir ou d'empêcher toute association mauvaise et tout complot.

ASILES D'ALIÉNÉS CRIMINELS DE PERTH (ÉCOSSE).

C'est le seul asile, pour les aliénés criminels, qui existe en Écosse. C'est une annexe à la prison générale; il en fait partie, et il est sous l'autorité du gouverneur de la prison. Il y a cependant un surintendant spécial. Le chirurgien de la prison remplit l'office de médecin.

C'était, à l'origine, une prison pour les jeunes garçons; mais les bâtiments n'ont aucunement l'aspect d'une prison. Les salles sont grandes, bien éclairées et munies de larges fenêtres. Les préaux sont très beaux.

Le nombre des malades est de 46, dont 31 hommes et 15 femmes. Il y a toujours eu cette disproportion entre les deux sexes.

Les hommes et les femmes sont séparés; mais il n'y a pas de classification pour chacun d'eux. La disposition consiste en deux salles au rez-de-chaussée : l'une sert de réfectoire, l'autre de salle de réunion; à ces deux salles sont adossées des cellules où les malades couchent séparément. Le reste des dortoirs est au premier étage.

Les salles de réunion et les réfectoires sont beaux, bien éclairés et parquetés en sapin. Les murs sont enduits de plâtre, peints dans la partie inférieure, recouverts de papier sur la partie supérieure et ornés avec des tableaux, des statuettes, des plantes, des oiseaux, etc.

L'ameublement est remarquablement fait: tables d'acajou, sofas rembourrés, chaises couvertes en toile d'Amérique. Les sièges des réfectoires sont confortables et à dossier. Des tapis de fibres de cocotier sont disposés autour des tables.

Comme dortoirs, il y a neuf chambres séparées pour les hommes et dix pour les femmes; le reste se compose de dortoirs communs; mais ces derniers contiennent seulement trois ou quatre lits, excepté un dans la division des hommes qui en renferme douze. Les couchettes sont en fer. La literie est en crin et repose sur un sommier de paille. Il y a des sièges dans tous les dortoirs; dans les chambres des femmes il y a des tapis au pied des lits.

L'espace cubique est d'environ 7 pieds par malade.

Les fenêtres des chambres sont grandes et sont pourvues de barreaux en dehors, mais ces barreaux n'ont rien de lourd et d'attristant.

Le gaz existe partout.

Il y a des salles de bains dans chaque division.

Dans la division des hommes on trouve deux cellules matelassées. Il en existe une entièrement revêtue de bois dans celle des femmes; en outre, il y a encore trois ou quatre chambres lambrissées à une hauteur de 6 ou 7 pieds.

La reclusion est souvent appliquée.

Les moyens de contrainte sont employés occasionnellement; ils consistent en gants fermés et en camisoles de force pour les hommes, et un vêtement long et fermé pour les femmes. Comme moyens de punition, on supprime l'allocation du tabac, la faculté de promenade sur le domaine; quelquefois même on retranche une partie du régime alimentaire.

Les femmes nettoient les quartiers, tricotent, cousent, mais, en réalité, donnent

peu de travail. Les hommes en donnent moins encore. Ils nettoient leurs quartiers et occasionnellement ils tressent des cordages de manille ou de crin ; ils entretiennent également le jardin et les préaux.

Le principal obstacle au travail est que les malades ne peuvent pas être munis d'outils qui pourraient devenir entre leurs mains des armes offensives et mortelles.

Les distractions qu'on leur procure sont : le jeu de bagatelle, les cartes, les dominos, les dames et les boules ; ils ont également à leur disposition un grand assortiment de journaux et de publications périodiques.

Une fois chaque année il y a une grande *fête du nouvel an*. Les deux sexes sont réunis et dansent ensemble.

Les préaux se composent de deux petites cours sablées, une pour chaque sexe, et d'une grande pelouse de gazon, d'une superficie de 6 acres, qu'on appelle *le Parc*. Ce lieu de promenade sert alternativement aux hommes et aux femmes ; il est planté avec soin, est muni de bancs et de tentes et est orné de massifs de fleurs ; on y trouve un jeu de boules, des oiseaux apprivoisés, etc. etc. Il est entouré de murailles élevées ; mais la pente du terrain est rapide, et l'on a par-dessus les murs une vue qui s'étend aussi loin que le regard peut porter.

Le personnel se compose : du gouverneur de la prison, qui visite l'asile quatre fois par semaine, et reçoit, de ce chef, un supplément de traitement de 50 livres ; du chirurgien, qui fait un même nombre de visites et reçoit le même supplément ; d'un *surintendant* aux appointements de 250 livres, qui est responsable de la bonne administration de ces quartiers d'aliénés. Il y a de plus un chef surveillant pour chaque division, des surveillants ordinaires et des veilleurs de nuit, dans la proportion de 1 sur 6 pour les femmes, et de 1 sur 5 pour les hommes. Les surveillants ont l'uniforme des gardiens de la prison et sont soumis aux mêmes règlements.

Les allocations du régime alimentaire pour les aliénés sont les suivantes :

DÉJEUNER.	DÎNER.	SOUPER.
POUR QUATRE JOURS DE LA SEMAINE.		
8 onces de pain de froment avec 1 pinte de thé.	6 onces de viande avec 1/2 once de fromage et, soit 6 onces de pain de froment et 1 livre de pommes de terre, soit 12 onces de pain de froment.	(Même régime qu'au déjeuner.)
POUR DEUX JOURS DE LA SEMAINE.		
6 onces de gruau d'avoine en potage avec 3/4 de pinte de lait.	2 pintes de bouillie d'orge avec 8 onces de pain de froment.	(Même régime qu'au déjeuner.)
POUR UN JOUR DE LA SEMAINE.		
Même régime que pour les deux jours ci-dessus, avec cette différence que la quantité de bouillie d'orge se trouve être de 1 pinte 1/2 au lieu de 2 pintes.		

ASILE D'AUBURN POUR LES ALIÉNÉS CRIMINELS (ÉTAT DE NEW-YORK).

C'est le seul asile pour les *aliénés criminels* qui existe aux États-Unis. Les malades appartiennent tous à la classe des convicts, et sont envoyés des prisons de l'État. Les prisonniers devenus aliénés dans les prisons de district ne sont pas admis.

L'asile présentement ne contient que des hommes; mais on prend des dispositions pour y recevoir les femmes, en conformité d'un acte récent de la législature de l'État.

La disposition totale est faite pour 64 malades; mais, par suite de l'augmentation du chiffre des aliénés criminels, le nombre des malades actuellement traités dans l'asile est de 80.

L'asile est situé près de la célèbre prison d'État d'Auburn, et, comme cette prison, il est sous le contrôle des inspecteurs des prisons d'État; mais il n'a pas d'autre rapport avec l'établissement pénitentiaire. Son personnel n'est pas payé sur le budget de la prison, et son économat est tout à fait distinct.

Les constructions se composent d'un bâtiment central où se trouvent l'habitation du *surintendant* et les services administratifs, les cuisines, les magasins; et de deux ailes avec de petits bâtiments en retour en forme de T aux deux extrémités. Ces constructions s'étendent sur un terrain de 6 acres, qui est en partie consacré à des préaux plantés d'arbres, mais dont la portion la plus considérable est cultivée en jardin. Ce jardin produit tous les légumes nécessaires à l'établissement, excepté les pommes de terre. Environ un demi-acre est entouré de palissades et sert spécialement de cour, de promenade et d'exercice pour les catégories les plus difficiles de malades.

Le domaine entier est entouré de hautes murailles, à l'exception de 2 acres qui ont été acquis dernièrement et qui servent de champ de travail pour les malades les plus tranquilles.

Contrairement à la disposition générale des asiles américains, le plan *à un seul corridor* a été adopté.

L'espace cubique occupé par les chambres de nuit, dortoirs, est de 1,000 pieds, et il n'y a pas dans cet asile de salles de réunion.

Le chauffage est fait par des conduits de vapeur placés dans le sous-sol, sur lesquels l'air passe et monte dans les quartiers à travers des tuyaux ouvrant près du parquet de chaque chambre.

Les tuyaux de ventilation ouvrent près du plafond et passent dans les murs en se dirigeant vers le toit. La ventilation se fait ainsi sans le secours d'aucune machine.

Le gaz est employé partout comme moyen d'éclairage.

Les fenêtres sont très larges et se composent de deux châssis de bois à tabatière dont la partie basse s'ouvre entièrement. Chaque fenêtre est munie extérieurement de fortes barres de fer; quelques-unes sont garnies à l'intérieur de grillages fermés à clef, et deux ont de solides volets de bois.

L'approvisionnement d'eau est fourni par les puits de la prison; l'eau est emmagasinée dans des réservoirs placés sur la toiture.

Les corridors sont larges, avec de grandes et belles fenêtres; ils ont un plancher de bois et les murs en sont simplement blanchis à la chaux; on n'y remarque d'ailleurs aucune ornementation. Ils servent comme salles de réunion et sont garnis de quelques chaises, bancs, tables, etc. etc. Dans chaque corridor se trouvent un broc contenant de l'eau froide et un gobelet.

Pour les quatre quartiers dont se compose l'asile, il y a deux réfectoires dans lesquels sont placés de simples tables de bois et des sièges.

Les dortoirs sont généralement carrelés en pierre ou en brique. Les murs sont stuqués, polis et brillants; l'enduit est entretenu propre par le lavage.

Les couchettes sont de bois; le coucher se compose de paille. Il n'y a pas d'autre mobilier dans les dortoirs.

Sur chaque quartier s'ouvrent : une chambre de bain, un cabinet d'aisances et un lavabo, avec une chambre de surveillant qui domine toute l'étendue du corridor. Deux surveillants sont logés dans chaque chambre, qui contient un espace d'environ 2,000 pieds cubes.

La vaisselle est en faïence; on donne à la majorité des malades des couteaux et des fourchettes ordinaires.

Le personnel se compose du *surintendant,* qui est médecin et qui remplit également les fonctions d'économe; d'un surintendant adjoint, qui remplit également les fonctions administratives, et d'un chapelain qui officie une fois par semaine dans une petite chapelle située dans l'asile.

Les serviteurs sont : un boulanger, un cuisinier, une blanchisseuse, un jardinier et quelques domestiques de maison.

Les surveillants sont au nombre de 6 seulement, 1 pour 13 malades. Ils reçoivent un salaire de 20 dollars ou 83 schellings par mois, avec la nourriture, et ils obtiennent une soirée sur deux à titre de congé; les malades étant enfermés à clef dans leurs chambres après 7 heures du soir. Pendant la nuit un gardien fait la ronde à l'intérieur et à l'extérieur.

A cause du petit nombre de quartiers, la classification ne saurait être poussée très loin; on fait trois classes : les convalescents, les déments et les violents. Tous les malades sont placés, durant le jour, dans trois corridors, et ils sont, dans chacun d'eux, sous l'œil de deux surveillants.

Les travaux de culture consistent principalement en travaux de jardinage. Deux malades assistent le boulanger. (Le pain est entièrement fabriqué dans l'établissement.) Deux sont les aides du cuisinier; six travaillent dans la buanderie; un autre soigne la vache et le cheval du surintendant; un raccommode les vêtements, etc.

Les amusements, dans les corridors, consistent en cartes, dames et dominos; il y a également de petites quilles que l'on renverse avec des balles de caoutchouc. Au dehors les malades sont pourvus de jeux de quilles et de balles.

Il n'y a pas, à l'asile d'Auburn, de salle de récréations et d'amusements communs. La bibliothèque est fort peu garnie, et, depuis le commencement de la guerre, tous les journaux ont été supprimés comme «surexcitant trop l'esprit». Avant cette époque on recevait une assez grande quantité de journaux.

Les malades sont très bien habillés; leurs vêtements sont en drap gris. Toutes les étoffes sont taillées et confectionnées dans la maison même, par une couturière payée, qui emploie la machine à coudre pour la plus grande partie de son travail.

Voici le tableau du régime alimentaire.

Les malades, comme dans tous les asiles d'Amérique, ainsi que les détenus dans toutes les prisons, ne sont pas rationnés sous le rapport de la quantité.

RÉGIME ALIMENTAIRE DE L'ASILE D'ALIÉNÉS CRIMINELS D'AUBURN.

DÉJEUNER.

Dimanche. Menu poisson, pain et café.
Lundi. Fèves bouillies, pain et café.
Mardi. Viande hachée, pommes de terre, pain bis et café.
Mercredi. Pudding indien frit, menu poisson, café et pommes de terre.
Jeudi. Hachis, pain bis et café.
Vendredi. Porc frais avec lait ou jus de viande, pommes de terre bouillies, pain bis et café.
Samedi. Boudin frit, pommes de terre à l'étouffée et café.

DÎNER.

Dimanche. Fèves cuites au four, pain bis et pickles.
Lundi. Soupe, pain bis et pickles.
Mardi. Ragoût de viande et pain bis.
Mercredi. Bœuf fumé avec légumes et pain bis.
Jeudi. Soupe aux fèves, pain bis et pudding de pain.
Vendredi. Poisson, pommes de terre, pain bis et pickles.
Samedi. Bœuf fumé, pommes de terre et choux, pain.

SOUPER.

Dimanche. Pain, beurre et thé.
Lundi. Pain, mélasse et thé.
Mardi. Pudding indien, mélasse et thé.
Mercredi. Pain et beurre, pain d'épices et thé.
Jeudi. Pain, pommes cuites et thé.
Vendredi. Pudding indien, mélasse et thé.
Samedi. Pain, pommes cuites et thé.

Les restes sont en grande partie vendus. On fait fondre la graisse, qui sert à fabriquer du savon. Le prix d'entretien d'un malade par semaine, habillement compris, est de 18 schellings 2 deniers.

Chaque malade a un bain chaud par semaine; la même eau sert à trois ou quatre malades. On ne fait pas usage de douches.

Les moyens de contrainte sont assez largement employés. Lors de notre visite, trois malades portaient le *manchon;* quatre, des menottes avec chaînes de fer autour du corps; trois avaient les poignets liés par des lanières de cuir; un avait le manchon et était en outre attaché sur une chaise; trois étaient en cellule; un était seulement renfermé dans sa chambre pour quelques heures; un était lié sur un *crib-bedstead* (on appelle ainsi une cage de fer, placée sur un lit ordinaire, fortement attachée ou maintenue, qui empêche les malades de se lever de leur lit); il avait en outre des entraves aux poignets; un autre, enfin, un homicide dangereux, était tenu dans une reclusion perpétuelle, enchaîné par le milieu du corps et les mains attachées à la ceinture avec des courroies.

Il est permis aux surveillants d'infliger aux malades la reclusion ou les moyens de contrainte; mais il leur est en même temps ordonné d'adresser immédiatement à ce sujet un rapport au *surintendant.*

Le Dr Van Anden est de cette opinion, que les moyens de contrainte sont absolument nécessaires dans beaucoup de cas, et il fait remarquer que les fers et autres formes de *restraint* ne peuvent avoir aucun mauvais effet sur le moral de ces hommes, puisque chacun d'eux en avait déjà l'habitude auparavant.

SUGGESTIONS[1].

L'utilité de la création d'un asile spécial pour les aliénés criminels est hors de toute discussion.

Quelques asiles de ce genre ont été établis, avec la complète approbation de l'opinion

[1] Nous avons laissé à dessein le terme anglais, qui n'a pas d'équivalent dans la langue française. «Suggestions» ne signifie pas réflexion; ce mot dit davantage que conclusion; il embrasse *tout ce que peut suggérer l'étude d'une question.* (Note du traducteur.)

publique, dans la Grande-Bretagne et en Irlande et dans les États les plus populeux de l'Union-Américaine. La Nouvelle-Galles du Sud, suivant l'exemple des nations qui sont de la même famille, a pourvu avec une égale prévoyance au sort des aliénés criminels.

Le secrétaire colonial a le pouvoir d'ordonner l'envoi, sous warrant, dans l'asile spécial affecté à ces sortes de placements, de toutes les personnes acquittées pour cause de folie (le jury déclarant expressément que tels individus étaient aliénés au moment de la perpétration du crime) et de toutes les personnes qui sont retenues par jugement ou ordre de police dans les geôles, prisons ou établissements pénitentiaires, qui peuvent être reconnues aliénées, ou qui, à cause de leur état d'imbécillité, doivent échapper à l'action de tout régime pénal.

Mais l'asile qui a été approprié pour cette destination dans la Nouvelle-Galles du Sud diffère, sous presque tous les rapports, de ceux qui existent pour le même objet dans les autres pays : au lieu d'être une agréable résidence pour les aliénés, un hôpital pour ceux dont la raison est affectée, c'est seulement une petite prison mal réglementée.

Les catégories qu'on y envoie se composent : de ceux qui sont devenus aliénés par suite d'un long abandon à de criminels penchants; de ceux chez lesquels un certain degré d'imbécillité rend un caractère naturellement vicieux encore plus intraitable; de ceux qui ont commis un acte mauvais, croyant, dans leur conscience, qu'il était juste, et qui sont devenus criminels faute d'une protection intervenue à temps pendant leur folie même; en un mot, de ceux qui ont été criminels avant d'être aliénés, ou de ceux qui étaient aliénés avant d'avoir commis des actes criminels.

C'est pourquoi il y a lieu de considérer :

1° *Quelles catégories devraient être envoyées dans un asile spécial;*

2° *Ce que cet asile devrait être comme construction et comme organisation.*

Cette expression, *aliénés criminels*, comprend deux catégories distinctes : premièrement, ceux qui sont devenus aliénés pendant la durée de leur emprisonnement pour infraction aux lois; et en second lieu, ceux qui, étant aliénés, ont commis des actes criminels et ont été, soit reconnus aliénés pendant l'instruction, soit acquittés pour cause d'aliénation. La première classe peut, de plus, être subdivisée en *convicts* et en *prisonniers ordinaires;* ou, en d'autres termes, ceux qui subissent la *servitude pénale* et ceux qui sont en prison pour causes moins graves.

La classe des *convicts* a ses caractères distinctifs. Elle se compose, pour la plus grande partie, d'hommes qui ont été longtemps les compagnons des voleurs et des scélérats, qui ont donné une licence sans frein à la brutale influence de leurs passions, qui sont instruits dans les mœurs et le langage des prisons, et sur le front desquels on voit le cachet de l'iniquité; les signes apparents de la folie se confondant, chez ces hommes, avec l'aspect d'une nature dépravée. Ceux-là, lorsqu'ils deviennent aliénés, sont le plus souvent extrêmement dangereux et ne peuvent être associés aux malades ordinaires d'un quartier d'asile. Pour les malades non criminels, s'il s'en trouve quelques-uns capables de réflexion, dont la raison n'est jamais complètement éteinte, pour leurs amis, la présence de *convicts* sera comme une sorte de contamination, et l'effet moral d'une telle association peut être considéré comme tout à fait mauvais. En outre, ces *convicts* sont encore sous les effets de la sentence prononcée contre eux et ont fréquemment à subir une servitude pénale de longue durée, leur condition d'aliéné ne les ayant pas déliés des conséquences de leurs crimes. Pour ces raisons, la catégorie des *convicts aliénés* fournit la véritable population d'un asile spécial.

Il est difficile de tracer une ligne de démarcation entre la classe des *convicts* et celle des prisonniers qui sont détenus dans les geôles ordinaires; mais, bien que parmi ces

derniers on puisse trouver des hommes aussi complètement dépravés et ayant des instincts aussi criminels que parmi les premiers, ils en diffèrent cependant, en général, sous plusieurs rapports : les crimes ou délits dont ils sont chargés sont d'un caractère moins odieux; le nombre de ceux d'entre eux qui supportent l'emprisonnement *pour la première fois* [1] est considérable; ils n'ont pas encore pris les manières et le langage de la classe des criminels, et, devenus aliénés, ils ont moins de propension à devenir dangereux et offensifs. Dans un grand nombre de cas, ils sont, au point de vue des dispositions criminelles, peu différents de leurs compagnons; aussi leur présence dans les asiles ordinaires n'a-t-elle pas soulevé d'objections, à la condition que leurs antécédents soient tenus secrets et restent ignorés des autres malades. L'expérience a été tentée : pour tous ceux qui se trouvent dans les conditions ci-dessus indiquées, en Amérique; pour la grande majorité, en Écosse; pour un certain nombre, en Angleterre.

Il suit de là que le principe de la séparation des classes criminelles devrait être adopté. Chaque cas devrait être spécialement considéré; la nature du crime, les antécédents de l'individu et la forme particulière de la folie devraient être pris en considération avant la détermination de l'asile dans lequel le malade doit être envoyé.

Les crimes envers les personnes et la folie prenant la forme de la *manie homicide* peuvent être regardés comme devant donner lieu au placement dans un asile spécial.

La seconde classe des aliénés criminels doit être considérée comme tout à fait distincte de celle dont il vient d'être question. Elle renferme quelques hommes moralement mauvais, dont la perversité est le résultat d'une longue vie de débauche et qui diffèrent par conséquent très peu des criminels ordinaires; mais la plus grande partie de ceux qui la composent ne sont, ni avant ni après l'acte qui les a fait ranger sous la dénomination d'aliénés criminels, de *criminelle disposition.* Vous trouverez également, en effet, dans cette classe, des hommes d'honneur, de probité, de sentiments délicats, qui ont dérobé des objets de peu d'importance à leurs voisins, ou même, pour emprunter une explication à un auteur éminent qui fait autorité en la matière, « des hommes qui, pour obéir à un ordre supposé de la divinité, et avec une foi semblable à celle d'Abraham, ont sacrifié, le cœur saignant, le plus cher objet de leur affection; et des femmes ayant toutes les vertus d'une honnête femme, qui, durant un accès de folie causé par les souffrances et les périls de l'enfantement, ont mis à mort le fruit de leurs entrailles. »

Ceux-là, criminels *au point de vue de l'acte,* mais non *au point de vue de l'intention,* sont également irresponsables. Ces infortunés appellent notre plus grande commisération; les associer à la catégorie des *convicts* serait commettre une injustice envers leur personne, et heureusement l'expérience a prouvé que le plus grand nombre d'entre eux peut être sûrement placé dans les quartiers des asiles ordinaires, parmi ceux qui, faute d'une protection survenue à propos, auraient commis des actes de même nature.

Malheureusement il en est quelques-uns parmi eux dont la folie a un caractère tel, que, à moins d'être enfermés et tenus sous une garde vigilante, ils commettraient de nouveau des crimes semblables à ceux dont ils sont déjà chargés.

Quelques autres également ont été rangés dans cette catégorie, qui ont tout juste échappé au gibet et qui n'ont dû la vie qu'aux sophismes habiles de leur avocat, au témoignage d'un médecin qui leur était favorable, aux esprits troublés ou même à la sympathie déraisonnable d'un jury. Ces gens-là, pour la sûreté publique, doivent être renfermés au moyen d'aménagements particuliers auxquels on ne saurait donner place dans un asile ordinaire, à moins de le convertir en prison, de sacrifier ainsi le confort

[1] Expression consacrée dans la pénalité anglaise. Ce sont les prisonniers qui ne sont pas astreints au travail forcé, peuvent avoir des livres et des moyens de distraction, être visités par leurs parents et amis, etc.

qui doit y régner, et de mettre, par conséquent, en péril les chances de guérison des autres malades.

Il y a encore lieu d'appliquer ainsi qu'il suit le principe de sélection et de séparation.

Les lois de la Nouvelle-Galles du Sud ont déjà, par une disposition miséricordieuse, écarté de l'acte concernant les aliénés criminels ceux qui ont été reconnus aliénés pendant l'instruction de leur procès et qui peuvent, à la rigueur, être traités sans danger dans un asile ordinaire. On peut faire rentrer dans la même catégorie un certain nombre de ceux qui ont été acquittés pour cause de folie, en ayant soin d'excepter ceux qui ont commis les crimes de l'ordre le plus grave, tels que le meurtre, les offenses contre la vie ou les personnes, et ceux enfin qui ont manifesté de dangereux instincts homicides; tous ceux, en un mot, qui, au nom de la sûreté publique, doivent être renfermés dans un asile criminel.

En résumé, voici nos conclusions à l'égard des aliénés criminels:

1° *Tous ceux qui appartiennent à la catégorie des* convicts *doivent être placés dans un asile spécialement affecté aux aliénés criminels;*

2° *Tous ceux qui sont reconnus aliénés pendant l'instruction de leur procès peuvent, comme cela a lieu maintenant, être placés dans les asiles ordinaires;*

3° *Un choix particulier doit présider à la répartition des deux classes restantes, certains aliénés devant être renfermés dans l'asile spécial des criminels, et le reste dans les asiles ordinaires. Les aliénés à placer dans l'établissement spécial sont : les détenus des geôles ordinaires chez lesquels la disposition criminelle est suffisamment démontrée par la vie antérieure, la nature du crime ou délit et l'état mental lui-même; et ceux auxquels s'applique la désignation du* bon plaisir de la Reine, *gens qui ont commis trahison, meurtre ou attaque envers les personnes et dont la forme de folie peut déterminer la répétition de l'acte criminel.*

Il y a lieu de prévoir le transfert ultérieur dans les asiles criminels de quelques personnes appartenant à la catégorie des aliénés criminels qu'il peut être difficile et dangereux de maintenir dans un asile ordinaire, et de prévoir également le transfert dans les asiles ordinaires de quelques *convicts* ou autres aliénés renfermés dans les asiles criminels, qui sont devenus déments ou imbéciles; qui, par conséquent, n'ont pas besoin d'être plus longtemps l'objet des précautions employées à l'égard des criminels, et dont le séjour dans les quartiers des asiles ordinaires ne peut soulever aucune réclamation.

Il est important, au point de vue financier, que le nombre des aliénés maintenus dans un asile criminel soit aussi restreint que possible, car les dispositions spéciales d'un établissement de ce genre, aussi bien que le nombre plus considérable d'employés et de gardiens, y rendent la dépense beaucoup plus élevée que dans un asile ordinaire. Le prix de l'entretien hebdomadaire est, à Broadmoor, d'environ 25 schellings par pensionnaire, tandis que, dans les asiles ordinaires de pauvres, il est, en général, au-dessous de 10 schellings. Le placement d'un aliéné criminel à l'établissement privé de Fisherton House est de 17 schellings, tandis que les malades pauvres des comtés sont reçus pour 10 schellings. En Tasmanie, le prix d'entretien d'un aliéné criminel est de 15 schellings 11 deniers par semaine; et, dans les asiles ordinaires, les aliénés pauvres ne coûtent que 11 schellings 8 deniers.

Le nombre de ceux actuellement enfermés à l'asile criminel de la Nouvelle-Galles du Sud, ou qui pourraient y être placés en vertu de l'*Act of the criminal Lunacy,* si l'aménagement de cet établissement était suffisant, est vraiment considérable, proportionnellement au nombre qu'on a jugé nécessaire de placer dans les asiles criminels de la Grande-Bretagne.

En Angleterre et dans le pays de Galles, pour une population de 21,210,120 habitants, en 1866, le nombre des aliénés criminels placés dans l'asile d'État ou sur le point d'y être transférés était de 540 ou 1 sur 39,277 habitants.

En Écosse, avec une population de 3,153,413 habitants, il était de 46 ou 1 sur 68,552 habitants.

En Irlande, pour une population de 5,582,625 habitants, il était de 132 ou 1 sur 42,292 habitants.

Tandis que, dans la Nouvelle-Galles du Sud, avec une population de 447,620 habitants, à la même époque, il était de 51 ou 1 sur 8,776 habitants.

Le tableau suivant, donnant, par nature de crime, la classification des aliénés criminels actuellement présents, plaide énergiquement en faveur de la nécessité d'établir un système séparatif.

CLASSIFICATION DES CINQUANTE ET UN MALADES SÉQUESTRÉS, EN EXÉCUTION DE L'*ACT OF THE CRIMINAL LUNACY*, DANS LES ASILES D'ALIÉNÉS DE PARAMATTA, À LA DATE DU 17 SEPTEMBRE 1868.

CRIMES.	HOMMES.	FEMMES.	TOTAL.	CLASSEMENT EN TROIS CATÉGORIES.								
				RECONNUS ALIÉNÉS pendant l'instruction.			ACQUITTÉS comme ALIÉNÉS.			DEVENUS ALIÉNÉS après la condamnation.		
				Hommes.	Femmes.	Total.	Hommes.	Femmes.	Total.	Hommes.	Femmes.	Total.
Meurtre [1]	23	"	23	2		2	13		13	8		8
Blessures avec préméditation [2]	5	"	5	"		"	3		3	2		2
Rapt	2	"	2	"			1		1	1		1
Vol de bétail	1	"	1							1		1
Incendie	1		1		"					1		1
Vol de chevaux	3		3							3		3
Vol	8	1	9				"			8	1	9
Vol avec effraction	2	"	2							2		2
Vol à main armée	3	"	3				"			3	"	3
Vagabondage	1		1							2		2
Oisiveté et désordre	1		1				"			1		1
TOTAUX	50	1	51	2	"	2	17		17	32	1	33

[1] Trois meurtriers sont sous le coup d'*imperial sentence* et inscrits sur les registres comme *aliénés anglais*.
[2] Un de ceux-ci attend son procès pour meurtre.
[3] Sur ce nombre, trente-huit seulement sont présentement renfermés à l'asile criminel, à cause du manque de place.

La sortie des aliénés criminels doit être l'objet d'une réglementation spéciale. Ceux qui sont guéris, mais qui sont encore sous l'effet de la condamnation, doivent être renvoyés, soit des asiles criminels, soit des asiles ordinaires, dans les prisons d'où ils ont été extraits. Tous ceux qui ont purgé leur condamnation peuvent être rendus à la liberté.

Les individus qui font partie de la catégorie du *bon plaisir de la Reine* doivent être l'objet d'une attention toute particulière. On peut, sans compromettre la sûreté publique, en rendre un certain nombre à la liberté, ainsi que cela a été prouvé par la pratique. à Broadmoor, à Dundrum et à Perth. Mais quelques-uns de ceux qui s'étaient rendus coupables du crime d'homicide, dans des conditions marquées de cruauté, ou qui, étant en traitement, ont déployé une grande perversité d'instincts et sont exposés, d'après les indications de la science médicale, à avoir un second accès de même nature, ceux-là. même guéris, doivent être retenus.

La condition qui leur est ainsi faite est certainement digne de pitié, mais l'intérêt de la sûreté publique l'emporte sur le souci de leur bien-être, et aucune précaution ne saurait être négligée pour empêcher la répétition des actes qu'ils ont commis.

Il est, en outre, quelques cas où, pour la raison d'État, on peut juger nécessaire de ne pas prononcer la sortie.

Les *convicts* qui restent aliénés après l'expiration de leur peine doivent également être l'objet d'une attention spéciale. Quand la forme de la folie et le caractère de l'individu permettent le traitement dans un asile ordinaire, c'est là que le malade doit être dirigé après sa libération; mais s'il en est autrement, le maintien à l'asile criminel est indispensable.

L'usage de déverser tous les *convicts* demeurés aliénés après l'expiration de leur peine dans les asiles ordinaires, usage suivi à Broadmoor, ou de les garder tous (à l'exception de ceux dont les familles prennent l'entretien à leur charge) dans l'asile criminel, ce qui a lieu à Auburn, État de New-York, peut également donner lieu à des objections : le premier système comme étant injuste pour les autres pensionnaires des asiles ordinaires; le second comme injuste dans quelques cas pour les *convicts* eux-mêmes.

Le prisonnier habile simule quelquefois la folie avec l'adresse d'un acteur accompli, et il est souvent difficile de distinguer un fou d'un *convict* rendu furieux par de violentes passions. Il est donc important de décider, pour chaque cas, s'il y a véritablement folie, avant d'effectuer le transfert dans un asile. Toutes les précautions doivent être prises pour découvrir la fraude et pour séparer, autant que possible, des cas où l'invasion de la folie est manifeste, ces cas spéciaux (bien connus des gens ayant l'expérience des prisons), qui appartiennent à cette région si incertaine, laquelle sert de limite entre la méchanceté et l'aliénation, ou plutôt qui les réunit toutes les deux.

Dans les prisons anglaises affectées aux *convicts*, lorsqu'un homme devient méchant, entêté, violent, ou mieux, pour employer le langage des prisons, *indisciplinable* (*refractory*), il est envoyé des maisons centrales (*works*) de Portland ou Portsmouth et de la prison de Pentonville, à Milbank *pour observation.*

L'observation se continue pendant une période qui varie d'une semaine à six mois ou plus, jusqu'à ce que, en fait, le prisonnier soit reconnu un sujet propre à être envoyé dans un asile d'aliénés (ce qui arrive lorsque les médecins n'éprouvent plus aucun scrupule pour délivrer un certificat d'aliénation), ou bien qu'il soit *dompté* et qu'il puisse être renvoyé dans l'établissement pénal où il doit purger sa condamnation.

Le système appelé *observation* consiste à placer le prisonnier dans une cellule spéciale, de construction solide, recevant le jour, soit de la toiture, soit d'une ouverture placée tout en haut du mur, et à laquelle est annexé un préau séparé où l'individu peut prendre de l'exercice. Une porte donne accès dans chaque préau, afin que le gardien chargé de la surveillance extérieure puisse observer continuellement le prisonnier et ne pas le perdre de vue.

Si le prisonnier cherche à lacérer ses vêtements, ou à briser la porte, ou à commettre quelque autre violence. on lui met la camisole de force; s'il se frappe la tête contre le mur, on le coiffe d'un chapeau de liège; quelquefois on lui met des entraves; quelquefois sa cellule est matelassée avec des paillassons de fibre de cocotier, tissu qui, tout en

étant suffisamment moelleux pour empêcher l'individu de se blesser, est cependant raboteux au toucher. Le travail ne lui est pas permis. Il n'a aucune communication avec les autres personnes. Il n'assiste pas aux services religieux; cependant le chapelain le visite de temps en temps. Tous liens, cordons de souliers, etc., avec lesquels il pourrait se pendre, sont soigneusement écartés de lui. Pour lit, il a une planche au lieu du hamac ordinaire ou de la couchette en fer. Si cela paraît nécessaire, le médecin réduit son régime de nourriture.

Il est visité très fréquemment par les médecins et les gardiens, et on cherche à lui démontrer qu'il dépend uniquement de lui de reprendre le travail, l'exercice, en société avec les autres prisonniers, en un mot toutes les petites distractions de la vie de prison. Il est à la fois en observation et en traitement; et bien que ce qu'on appelle traitement ne soit pas toujours ce qu'il y a de plus agréable, néanmoins ce n'est pas un régime de punition. Les médecins affirment que ce traitement ne peut pas conduire à la folie, et que la très grande majorité de ces prisonniers reprennent le chemin de leur prison dans un espace de temps plus ou moins long.

Les cas de simulation de folie sont traités de la même manière avec de semblables résultats; mais le coupable n'échappe jamais à une punition supplémentaire lorsque la fraude est découverte.

Nous n'hésitons pas à recommander de suivre la même marche dans la Nouvelle-Galles du Sud. Il est facile de construire, si l'on n'a pu encore le faire, des cellules spéciales d'observation; et il ne peut exister aucun doute sur l'importance d'une investigation complète de chaque cas avant l'envoi du prisonnier dans un asile. Si ces cas sont gardés en observation dans la prison pendant trois, quatre et même cinq mois, l'entrée dans un asile se fera néanmoins plus promptement que pour la majorité de la population aliénée non criminelle, laquelle, pour des causes diverses, reste en dehors de l'enceinte des asiles; et j'ajoute que, si chaque cas est examiné par un médecin spécialement préposé à ce service, très peu arriveront à l'asile, mais ceux-là seront réellement des aliénés.

A Milbank et dans les prisons de Perth, il existe des quartiers spéciaux entièrement séparés, destinés aux épileptiques et aux idiots criminels.

Les premiers demandent une surveillance extraordinaire; quant aux autres, le régime de la prison, spécialement le système de l'isolement, peut les conduire à la folie complète. Ces deux catégeries sont, en conséquence, séparées des autres prisonniers et placées dans des quartiers bien aérés; ces prisonniers travaillent ensemble et mangent en commun; ils dorment soit en cellules, soit en dortoirs, suivant que l'un ou l'autre mode convient mieux.

Le nombre de ces cas à Milbank est d'environ 200.

Ces précautions, destinées à prévenir l'invasion de la folie dans une classe qui y est déjà étrangement prédisposée, sont dignes de la plus sérieuse attention.

Il reste à examiner ce que doit être comme construction et comme organisation un asile spécial pour les criminels.

De l'examen des rapports sur les asiles de Broadmoor et de Perth, il résulte que ces asiles sont véritablement *des lieux de traitement des aliénés,* et non pas uniquement *des endroits où ils sont mis dans l'impossibilité de nuire; ce sont des asiles et non des prisons.* Bien que, à Auburn (États-Unis), les dispositions de sûreté prédominent quelque peu sur celles qui ont pour objet le soin, la distraction ou le traitement des malades, néanmoins c'est encore un véritable asile au point de vue de la construction et de l'organisation.

On peut établir une discipline plus sévère, faire du travail habituel une loi plus rigoureuse; on peut prendre telles dispositions de sûreté pour la garde des prisonniers :

mais le but, le principe de tous les asiles pour les aliénés criminels doit être leur retour à la santé et à la raison.

Les asiles criminels doivent être entourés d'un mur assez élevé pour que les aliénés ne puissent pas le franchir; mais les bâtiments doivent être placés sur une éminence, de manière que la vue puisse s'étendre par-dessus ce mur sur toute la contrée environnante. En dedans de l'enceinte on disposera un certain nombre de parterres, autant que possible cultivés par les pensionnaires eux-mêmes, et des préaux pour chaque sexe.

La première loi qui s'impose dans un asile criminel est la classification. Les hommes dits *du bon plaisir de la Reine* forment, sous tous les rapports, une classe distincte de celle des *convicts.* On les placera dans des quartiers à part, pourvus de préaux également séparés; ceux d'entre eux qui sont extrêmement violents devront seuls être associés avec les *convicts.* Le but est de refréner et non de punir ces êtres infortunés. Ils sont déclarés dangereux pour la société et ils sont renfermés pour éviter la répétition de l'acte qu'ils ont commis; mais les associer, même lorsqu'ils sont instruits et bien élevés, ce qui se voit parfois, et lorsqu'ils ont pleine conscience de leur entourage; mais les renfermer, dis-je, avec les scélérats les plus cruels, dont les mains sont souillées des crimes les plus atroces, ce serait une punition par trop sévère.

Mais la classification doit s'étendre encore au delà.

C'est un fait bien connu que les aliénés criminels sont aptes à s'associer pour comploter le mal. Cette disposition, qui n'existe chez aucune autre catégorie d'aliénés, paraît dépendre d'habitudes anciennes contractées dans les prisons. Or, tout complot est toujours dangereux. Ce qu'il y a de mieux pour conjurer ce danger, c'est de ne jamais autoriser la réunion d'un nombre considérable de malades, de réduire ce nombre dans chaque quartier à quinze ou vingt, et de faire passer les individus d'un quartier dans un autre, lorsqu'il y a la moindre apparence de complot pour un objet quelconque. Les quartiers serviront ainsi comme moyen de classification selon l'état mental.

On peut autoriser la réunion d'un nombre plus considérable de malades dans un préau, mais pour une courte période et non de continuité; et il est préférable de séparer complètement les plus violents et de les mettre à part dans une cour spéciale, ainsi que cela se fait à Broadmoor.

L'aménagement intérieur de l'asile doit se composer de chambres de jour et de dortoirs; les premières serviront en même temps de réfectoires, car il n'est pas prudent de n'avoir qu'un seul grand réfectoire commun.

Les chambres séparées doivent être en nombre suffisant pour loger environ la moitié du nombre total des pensionnaires.

Les fenêtres seront protégées par de légers barreaux de fer scellés en dehors; en prenant cette précaution, on peut se contenter de fenêtres à châssis de bois à double tabatière, pouvant s'ouvrir librement.

Les bains seront placés dans chaque division, de manière à ne laisser s'établir aucune communication entre les différentes classes de malades.

Une vaste salle sera disposée pour servir de chapelle et pour servir également de lieu de récréation et de plaisir.

Les surveillants devront être dans la proportion de 1 pour 5 ou 6 malades; dans la division affectée aux plus violents, de 1 pour 4.

L'habillement des malades devra rappeler le moins possible celui des *convicts.*

Le service divin sera célébré tous les dimanches.

On s'efforcera d'amener les malades à s'occuper utilement.

On avait proposé de rendre le travail obligatoire dans les asiles d'aliénés criminels. Il est hors de doute qu'une occupation constante a un effet salutaire et contribue large-

ment à l'amélioration mentale. Au point de vue financier, il importe également d'encourager le travail. Mais il est difficile de décider si l'on doit, malgré cela, rendre un travail quelconque obligatoire.

Le système qui consiste à allouer un salaire pour tout travail assidu, système pratiqué à Broadmoor, paraît de beaucoup préférable au travail forcé, qui procède trop de la prison. Si les malades sont occupés le plus possible, et si on les amène à comprendre qu'il en résultera pour eux un avantage, soit supplément de nourriture, soit salaire en argent, il y en aura bien peu qui ne voudront pas travailler. Il est sans doute toujours difficile de fournir de travail les aliénés de cette classe, car bien peu d'entre eux peuvent être munis d'outils qui risquent de devenir entre leurs mains des instruments de mort; quelques-uns cependant peuvent être employés au jardinage; d'autres peuvent être utilisés comme cordonniers, tailleurs, etc. et pour le reste, il est préférable de les décider à s'occuper à la fabrication des paillassons, au tricotage, au filage et même au cardage de l'étoupe, que de les laisser s'abandonner à l'oisiveté. Les femmes peuvent être employées au blanchissage, au tricotage et à la couture.

Si on alloue un salaire pour tout travail supplémentaire, l'argent peut être dépensé par les malades en achat de douceurs, par l'intermédiaire des surveillants, ou constituer, sous la garde des employés de l'asile, une sage épargne qui servira au malade lorsqu'il aura obtenu sa sortie.

Sur la plupart des points, en acceptant ceux que nous venons de mentionner, un asile criminel devra donc, comme construction ou comme organisation, différer très peu d'un asile ordinaire pour les malades indigents.

En ce qui concerne le mode d'organisation qui convient le mieux dans cette colonie à un asile qui doit nécessairement, pendant quelques années encore, être d'une petite étendue, il y a lieu de conclure à ce qu'il soit entièrement séparé de l'asile ordinaire et forme une institution spéciale. Nos autres conclusions sont : qu'il soit dirigé par un *surintendant non médecin;* que le médecin en chef de la prison la plus voisine soit responsable du traitement médical et fasse une visite quotidienne; que l'économat de cette même prison fournisse tout l'approvisionnement nécessaire; que la prison prête également son chapelain et fournisse ce qui est nécessaire à la célébration du culte; que l'établissement tout entier soit soumis aux visites fréquentes d'un inspecteur ou autre employé supérieur nommé par le Gouvernement, et ne soit pas placé, comme les asiles ordinaires, sous le contrôle d'une commission de surveillance.

A Paramatta, où se trouve l'asile actuel, il n'existe pas d'obstacles qui ne puissent être surmontés pour l'application de ce système; et, bien que l'asile criminel actuel soit une véritable prison, et rien de plus, et qu'il ne remplisse qu'un très petit nombre des conditions essentielles auxquelles un asile doit répondre, néanmoins il est peut-être possible, moyennant quelques modifications, d'en faire le noyau d'un bon établissement spécial pour les aliénés criminels.

La pratique de placer un asile, surtout un asile d'aliénés criminels, en connexion avec une prison ne peut pas être recommandée comme devant être partout généralisée; mais cette connexion présente moins d'inconvénients que le rattachement à un asile ordinaire; d'autre part, le rattachement à l'un ou à l'autre est presque commandé par des nécessités financières, car il ne serait pas sage d'avoir un personnel d'employés supérieurs et un économat séparés pour un petit asile. D'ailleurs, dès que le nombre des pensionnaires augmente, et que, par suite, l'asile prend de l'extension, il peut cesser dès lors d'être rattaché à la prison et devenir un établissement distinct, comme à Broadmoor et à Dundrum.

TABLE DES MATIÈRES.

PROCÈS-VERBAUX DES SÉANCES.

PIÈCE ANNEXE.

RECHERCHES ANATOMO-PATHOLOGIQUES
SUR L'IDIOTIE[1].

LÉGENDE EXPLICATIVE DES PLANCHES.

DES CERVEAUX D'IDIOTS EN GÉNÉRAL.

Fig. I *a* et I *b*. Le cerveau de l'idiote D...
- I *a*. La surface supérieure du cerveau. — Le cervelet est découvert.
- I *b*. La base du cerveau. — Les lobes sphéroïdaux sont changés en sac kystique. — Le poids du cerveau est de 593 grammes.

Fig. II. Le cerveau de l'imbécile B..., âgé de trente et un ans. — Les circonvolutions frontales et pariétales ascendantes (Y, X) sont arrêtées dans leur développement. — Cet arrêt est symétrique des deux côtés. — Les mouvements volontaires des extrémités supérieures et inférieures chez l'individu auquel appartenait ce cerveau étaient abolis depuis la naissance.

Fig. III *a* et III *b*. Le cerveau de l'idiot Jean A... — Les détails dans le texte et dans les mémoires du Congrès international de Genève en 1877. — Le poids de ce cerveau est de 222 grammes.

Fig. IV. Le cerveau de l'idiot M..., âgé de cinquante ans, dont les facultés intellectuelles étaient comme celles de l'enfant de dix-huit mois. — L'arrangement des circonvolutions présentait le type fœtal; l'insula de Reil est à découvert. — Le poids du cerveau est de 369 grammes.

Fig. V. Le cerveau de l'idiot K..., âgé de quatorze ans. — Les circonvolutions pariétales par excellence (*p*) présentent des sillons transversaux secondaires.

Fig. VI. La coupe transversale par le lobe frontal de l'idiot Jean A... (le cerveau représenté sur les figures III *a* et III *b*). — Les détails dans le texte.

DU RAPPORT DE LA CALOTTE ET DU PÉDONCULE DANS LES CERVEAUX MAL CONFORMÉS.

Fig. VII. Coupe transversale, par l'isthme cérébral, en arrière du corps quadrijumeau postérieur (entre les nerfs trijumeaux et pathétiques), chez l'homme adulte normal, pour voir les rapports de la calotte et du pédoncule. — La calotte C moins volumineuse que le pédoncule P.

Fig. VIII. La même coupe chez l'idiot M... — La calotte C comparativement plus volumineuse que le pédoncule P.

Fig. IX. La même coupe chez l'idiot Jean A... — La calotte C plus volumineuse que le pédoncule P.

[1] Voir, page 215, le mémoire de M. Mierzejewski.

Fig. I. a.

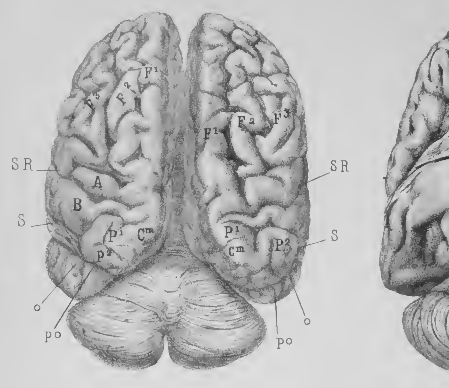


Fig. I. b.

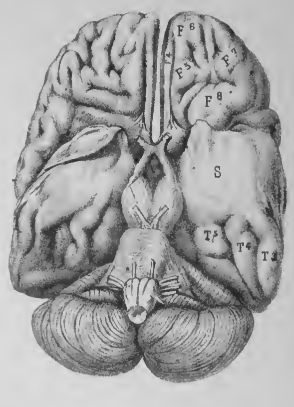




Fig. II.





Fig. III. a.



Fig. III. b.



Fig. IV.

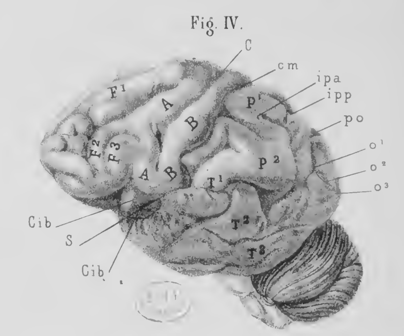
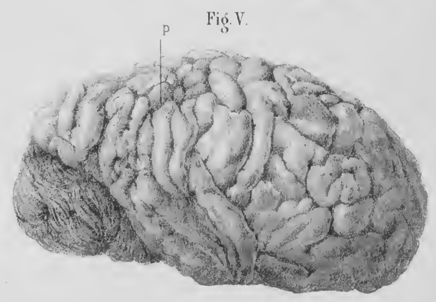
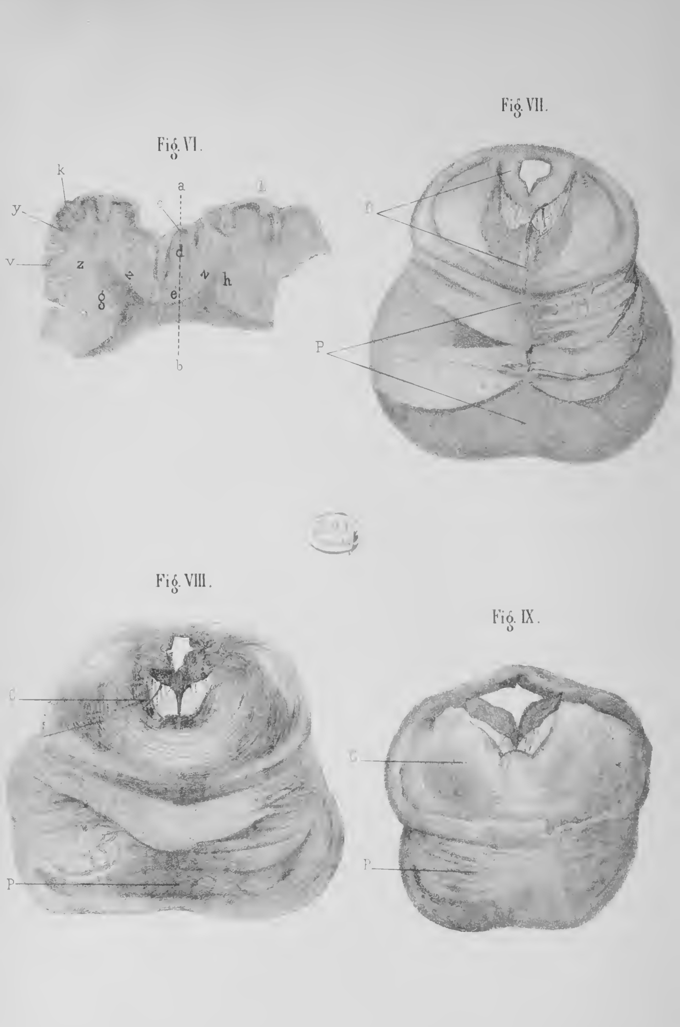


Fig. V.




Fig. VI.
k
y
v
z
z
g
a
c
d
e
b
h
Fig. VII.
P
Fig. VIII.
C
P
Fig. IX.
C
P